

ЛЕГКАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА – «МИННОЕ ПОЛЕ» В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Попченко А. Л., Корик В. Е., Кузьмин Ю. В., Корзун А. Л.
*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
кафедра военно-полевой хирургии,
г. Минск, Республика Беларусь*
Дорох Н. Н., Янушко В. Я.
*Уз «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Существующая система организации помощи пациентам с легкой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) предполагает их направление в общехирургический стационар с последующим решением вопроса о дальнейшей тактике лечения. За обследование пациентов с ЧМТ в приемном отделении отвечает дежурный хирург общего профиля. Основная его задача – своевременно заподозрить («не пропустить») ЧМТ тяжелой степени. Учитывая, что невропатолог (нейрохирург) входят в состав дежурной службы в единичных стационарах, решать эту задачу общему хирургу приходится самостоятельно.

Цель. Выявить наиболее характерные критерии среднетяжелой и тяжелой ЧМТ у пациентов, доставленных в стационар с диагнозом легкая ЧМТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 858 пациентов, доставленных в приемное отделение Уз «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко» с диагнозом легкая ЧМТ. Оценивались данные неврологического статуса, результаты анализа крови на этанол, данные инструментальных методов исследования (рентгенография черепа, КТ черепа и головного мозга), консультативные заключения узких специалистов. Во всех случаях окончательный диагноз средней (тяжелой) ЧМТ устанавливался нейрохирургом.

Результаты обсуждения. Большинство пациентов (711 или 83 %) находились в состоянии алкогольного опьянения, что объективно затрудняло оценку неврологического статуса и проведение лучевых методов исследования. Средней степени и тяжелая ЧМТ диагностирована у 9 (1 %) пациентов. Наиболее просто диагноз ставился при наличии очаговой неврологической симптоматики или костно-травматических повреждений черепа (у 5 из 9 пациентов, или в 55 % случаев). В 1 наблюдении заподозрить тяжелую ЧМТ позволило несоответствие степени и длительности нарушения сознания и результатов анализа крови на этанол (отрицательный), в 2-х – более длительный, чем обычно, выход из состояния алкогольного опьянения, в одном случае хирург заподозрил средней тяжести (тяжелую) ЧМТ лишь на основании того, что пациент забыл домашний адрес (на КТ выявили субдуральную гематому).

Выводы. Среди доставленных в хирургический стационар пациентов с легкой ЧМТ:

1. У одного из ста имеет место средней степени или тяжелая ЧМТ, а у половины их них (45 %) отсутствует неврологическая симптоматика и изменения на рентгенограмме черепа, что делает диагностику этой патологии общим хирургом похожей на ходьбу по минному полю; у второй половины есть очаговая симптоматики и/и изменения на рентгенограмме черепа.

2. «Нетипичная» клиническая картина требует исключения более тяжелого повреждения черепа и головного мозга (КТ, консультация нейрохирурга).