**Полторацький Віталій Григорович. Клініко-епідеміологічний аналіз та прогноз при поєднаній черепно-мозковій травмі : Дис... канд. наук: 14.01.05 – 2007**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Полторацький В.Г. «Клініко-епідеміологічний аналіз та прогноз при поєднаній черепно-мозковій травмі». — Рукопис.**Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 — нейрохірургія. Державна установа «Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України», Київ, 2007.Дисертація присвячена клініко-епідеміологічним особливостям поєднаної черепно-мозкової травми. На підставі клініко-епідеміологічного аналізу встановлено розповсюдженість поєднаної черепно-мозкової травми, визначено її структуру та динаміку з 1994 по 2004 рр. Вивчено структуру ускладнень та летальних наслідків при поєднаної ЧМТ, роль окремих ушкоджень у різні строки післятравматичного періоду. На підставі багатофакторного аналізу летальних наслідків визначені фактори ризику та розроблені регресійні моделі, які дозволяють визначити тяжкість стану потерпілих і вірогідність летальних наслідків. Обґрунтовані шляхи оптимізації надання спеціалізованої медичної допомоги потерпілим з поєднаною ЧМТ, які дозволи знизити летальність при ПЧМТ з 1994 по 2004 рр. в цілому з 25,7 до 16%, зокрема при ЧМТ тяжкого ступеня в складі поєднаних ушкоджень — з 84,4 до 45% |

 |
|

|  |
| --- |
| У дисертації наведене теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової задачі, важливої для нейрохірургії, що полягає у проведенні клініко-епідеміологічного аналізу і розробці критеріїв прогнозу при поєднаній черепно-мозковій травмі:1. Поширеність поєднаної черепно-мозкової травми сягає 0,9±0,001 з перевагою в структурі потерпілих чоловіків віком 20–39 років. Найбільш частою поєднаною травмою були краніо-скелетні ушкодження (38,6%). Краніо-торакальна травма виявлена у 27,3%, краніо-множинна — у 17,4%, краніо-абодомінальна — у 7%, краніо-лицева — у 6,5%, краніо-вертебральна — у 3,2% потерпілих. У структурі черепно-мозкової травми при поєднаних ушкодженнях переважав струс головного мозку (64,1%). Забої головного мозку діагностовано у 34,9% потерпілих, переважали забої тяжкого ступеня — у 49,7%, внутрішньочерепні крововиливи — у 37,6% хворих. За останні 10 років відзначається збільшення питомої ваги тяжких форм ЧМТ у складі поєднаної черепно-мозкової травми.2. У структурі летальних наслідків переважають краніо-множинні ушкодження з ураженням чотирьох і більше анатомо-функціональних ділянок (летальність 83,2%), трьох анатомо-функціональних ділянок (летальність 50,7%). З подвійних поєднаних уражень найбільша летальність спостерігалася при краніо-торакальній та краніо-абдомінальній травмі (14,4% і 11% відповідно).3. Загальними клініко-діагностичними особливостями поєднаної черепно-мозкової травми є складності інтерпретації даних загальноклінічних методів обстеження та обмеженість застосування спеціальних методів дослідження на тлі тяжкого загального стану, внаслідок чого частішають випадки несвоєчасної діагностики, особливо вогнищевих ушкоджень головного мозку, торакальної, абдомінальної та хребетної травми.4. Найбільш значущими факторами ризику летального наслідку при поєднаній черепно-мозковій травмі є: тяжкі забої головного мозку, що супроводжуються переломами склепіння та основи черепа та/або компресією головного мозку; множинні переломи ребер, забої та розриви легень, розриви печінки та селезінки, множинні переломи тазу, стегна та гомілки. Ймовірність летального результату зростає зі збільшенням давності травми, віку потерпілих, а також у стані алкогольного сп’яніння та за наявності супутньої соматичної патології. Достовірними предикторами летальних наслідків є: вираженість порушень свідомості за ШКГ, тяжкість травми за шкалою ISS.5. Розроблені регресійні моделі результату найпоширеніших видів поєднаної черепно-мозкової травми дозволяють прогнозувати ймовірність летального наслідку з точністю від 82,2% до 91,6% та оцінити тяжкість травми; вони є основою вибору раціональної лікувальної тактики в гострому періоді поєднаної черепно-мозкової травми.6. Для оптимізації діагностики та лікування потерпілих з поєднаною черепно-мозковою травмою доцільною є розробка стандартів і алгоритмів надання допомоги з застосуванням нейровізуалізації та мініінвазивних методів діагностики ушкоджень внутрішніх органів. За відсутності можливості їх виконання або за наявності протипоказань необхідні активні методи дослідження — торако- та лапароцентез.7. Раціональна організація спеціалізованої медичної допомоги у відділенні політравми та удосконалення лікувально-діагностичної тактики у потерпілих з ПЧМТ сприяють поліпшенню безпосередніх результатів лікування зі зниженням летальності за тяжкої ПЧМТ — з 84,4% до 45%. |

 |