**Мамедов Джалал Джангір огли. Прогнозування наслідків вогнепальних поранень черепа і головного мозку: дисертація канд. мед. наук: 14.01.05 / АМН України ; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2003.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Мамедов Джалал Джангір огли.**“Прогнозування наслідків вогнепальних поранень черепа і головного мозку”. — Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.05 – нейрохірургія. – Інститут нейрохірургії імені академіка А.П.Ромоданова АМН України, м.Київ, 2003.  Дисертаційна робота грунтується на результатах обстеження і хірургічного лікування 222 хворих, котрі лікувалися з приводу вогнепальних поранень черепа і головного мозку, отриманих під час бойових дій у Вірмено-Азербайджанському конфлікті та у мирний час. 203 хворих отримали поранення під час бойових дій, 19 – в мирний час. Встановлено, що при бойових діях поранення частіше бувають осколкові, а при пораненнях у мирний час – кульові. Кульові поранення внаслідок особливих балістичних властивостей кулі частіше бувають проникаючими і викликають значні ушкодження черепа і головного мозку і характеризуються важким станом хворих.  На етапі кваліфікованої медичної допомоги (медсанбати, районні лікарні) первинна хірургічна обробка проводиться не в повному обсязі, що часто (у 59%) вимагає повторного хірургічного втручання в спеціалізованому нейрохірургічному госпіталі. Оптимальним є проведення первинної хірургічної обробки в перші 12–24 години, під прикриттям антибіотиків.  В гострий і ранній періоди вогнепальних поранень черепа і головного мозку зустрічаються ускладнення як неінфекційного (у 31,1%), так і інфекційного (у 14%) характеру. Ускладнення частіше бувають при кульових пораненнях, а також у поранених, котрим первинна хірургічна обробка проводилася на етапі кваліфікованої допомоги.  Встановлено, що прогноз наслідків вогнепальних поранень черепа і головного мозку залежить від виду ранячого снаряду, характеру поранення, виду раневого каналу, ступеня порушення свідомості. Сукупність цих факторів дозволяє прогнозувати результати лікування поранених. При осколкових пораненнях летальність складає 19,7%, тоді як при кульових – 30,8%. При непроникаючих пораненнях летальність низька (11,2%). Проникаючі поранення супроводжуються високою летальністю (29,4%), найвища летальність при радіарних (38,5%), діагональних (43,3%) та наскрізних (88%) пораненнях.  Виділені основні чинники ризику, що дозволяють прогнозувати результати вогнепальних поранень черепа і головного мозку. Встановлено, що прогноз наслідків вогнепальних поранень голови залежить від рівня порушення свідомості при поступленні в стаціонар. У поранених, котрі поступають в свідомості чи приглушенні, летальність становить від 2,6% до 11,1%, а серед поступаючих в комі – від 38,1% до 78,3%.  Результати проведених досліджень показали, що первинну хірургічну обробку вогнепальних поранень черепа і головного мозку слід проводити в спеціалізованому нейрохірургічному стаціонарі, де є всі умови для всебічного обстеження та адекватного лікування хворих. | |
| |  | | --- | | 1. Вогнепальні поранення черепа і головного мозку бувають як у воєнний, так і в мирний час. У воєнний час переважають осколкові поранення, тоді як у мирний час домінують кульові поранення. Кульові поранення внаслідок особливих балістичних властивостей кулі частіше бувають проникаючими, викликають значні ушкодження головного мозку і характеризуються важким станом хворих. 2. На етапі кваліфікованої медичної допомоги первинна хірургічна обробка вогнепальних ран черепа і головного мозку проводиться не в повному обсязі, що часто (у 59%) вимагає повторного хірургічного втручання в спеціалізованих нейрохірургічних стаціонарах. Оптимальним при вогнепальних пораненнях черепа і головного мозку є проведення первинної хірургічної обробки мозкової рани в спеціалізованому нейрохірургічному стаціонарі в перші 12 – 24 години, під прикриттям антибіотиків. 3. Ускладнення в гострому і ранньому періоді вогнепальних поранень черепа і головного мозку неінфекційного характеру (гематома, набряк мозку, лікворея) зустрічаються у 31,1% хворих. Інфекційні ускладнення (менінгоенцефаліт, менінгіт, абсцес, вентрикуліт) спостерігаються у 14% хворих. Інфекційні ускладнення частіше виникають у хворих, котрим первинна хірургічна обробка проводилася на етапах кваліфікованої медичної допомоги. Такі ускладнення частіше бувають при кульових проникаючих пораненнях. 4. Наслідки лікування хворих з вогнепальними пораненнями черепа і головного мозку залежать від характеру і ступеню важкості поранення. Кульові проникаючі поранення, особливо діаметральні і наскрізні, призводять до більшої летальності. Серед осіб, котрі отримали поранення в мирний час, летальність значно вища, ніж у воєнний час, оскільки в цій групі частіше бувають кульові поранення. Найбільша летальність відмічається при діаметральних і радіарних пораненнях відповідно 43,3% та 38,5%. 5. Прогнозування наслідків вогнепальних поранень черепа і головного мозку істотно залежить від виду ранячого снаряду: летальність при кульових пораненнях складає 30,8%, при осколкових – 19,7%. Характер поранення має значення в прогнозуванні наслідків: летальність при наскрізних проникаючих пораненнях складає 88,8%, при непроникаючих – 11,2%. 6. На прогноз наслідків впливає важкість стану хворих і рівень порушення свідомості. Летальність хворих, котрі поступили в задовільному стані і стані середньої важкості, становить від 2,6% до 11,1%, хворих, котрі поступили в коматозному стані –від 38,1% до 78,3%. При порушенні свідомості три бали за шкалою коми Глазго відмічається 100% летальність. 7. Нейрохірургічну допомогу при вогнепальних пораненнях черепа і головного мозку доцільно проводити в спеціалізованій нейрохірургічній установі чи в госпіталі, де є умови для всебічного обстеження, лікування і спостереження за хворим з вогнепальним пораненням черепа і головного мозку, нижче летальність і менше ускладнень. | |