

епіневрію, досягнута накладенням епіневральних швів найтоншими нитками на атравматичній голці. Якість виконання цих прийомів добре контролюється за допомогою операційного мікроскопа. Поспішні спроби зшити поперерізуваний нерв, випадково виявлений у ході первинного хірургічного обробки рани, рідко закінчується успіхом.

Основне завдання первинної хірургічної обробки рани при ушкодженні нервів полягає в створенні умов для швидкого загоєння рани, але не у виправленні пошкоджених нервових стовбурів. Оперативне втручання, як правило, показано головним чином тоді, коли тяжкість ушкодження викликає необхідність резекції травмованих частин нервового стовбура і накладення епіневрального шва. При частковому порушенні провідності операція показана тільки тоді, коли є підстави припускати наявність часткових ушкоджень нервового стовбура. Шов нерва є основним оперативним прийомом у відбудовній хірургії нервів.

При аналізі виходів оперативного лікування травматичних ушкоджень периферичних нервів було відзначено видужання в 33 випадках, поліпшення - у 5 випадках, у 7 випадках хворі виписані без змін.

КОМБІНОВАНІ КРАНІОТЕРМІЧНІ УШКОДЖЕННЯ

Потапов О.О., Скляренко І.І.

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії

Сумська обласна клінічна лікарня

Комбіновані ушкодження виникають внаслідок дії на організм різних травмуючих факторів: механічних, термічних, радіаційних, хімічних, електричних та інших в різних їх комбінаціях, але не менше ніж 2.

В мирний час особливо актуальним є комбінація черепно-мозкової травми та термічного ушкодження, яка хоча й складає менш ніж один відсоток від інших ЧМТ, але в зв'язку з тим, що

для такої травми властивий синдром взаємного ускладнення, який полягає в тому, що опікова хвороба ускладнює перебіг черепно-мозкової травми, і навпаки. Механізми цього явища полягають в тому, що:

- термічне ушкодження епідермісу веде до збільшеної втрати води з поверхні-до 200 ml/m² проти нормальної 15 ml/m².

- окрім того в результаті розширення капілярів і підсилення їх проникності починається процес утворення ексудату з електrolітно-білковим складом, близьким до плазми; в результаті неспроможності лімфатичної системи дренувати достатню кількість рідини утворюється інтерстиціальний набряк. Достатньо сказати, що збільшення діаметру нижньої кінцівки на 2 см призводить до накопичення більш ніж 2-х літрів рідини. З цього можна зробити висновок, що при комбінації з опіками гіповолемія, що виникає в період опікового шоку значно зменшує покази до дегідратаційної терапії, проводити яку необхідно під контролем лікворного тиску та при значній внутрішньочерепній гіпертензії.

- після масивного опіку різко підвищується швидкість метаболізму. Так добові витрати енергії можуть досягати 7000 Ккал.

- зниження бар'єрної функції шкіри до різних інфекційних агентів.

- при ЧМТ відбувається порушення функції ГЕБ, що призводить до більш легкого проникнення хвороботворних агентів в речовину мозку.

- також при ЧМТ спостерігається порушення нервово-трофічних процесів, що також ускладнює перебіг опікової хвороби.

Із вищесказаного необхідно зробити такі висновки:

1. Усі хворі з комбінованою термічною та черепно-мозковою травмою потребують госпіталізації в спеціалізоване відділення, в залежності від домінуючого ураження.

2. Лікування таких повинно проводитись разом лікарями нейрохірургом та комбустіологом.