Ա 14.00.15.
Խ – 28

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ՄԽԻԹԱՐ ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ԵՐԵՎԱՆԻ ՊԵՏԱԿԱՆ
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԿՈԼՅԱ ՎՈԼՈԴՅԱՅԻ ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

«ՏԵՂԱՅԻՆ ՌԱԶՄԱԿԱՆ ԸՆԴՀԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԳԱՆԳ-ՈՒՂԵՂԱՅԻՆ ՀՐԱԶԵՆԱՅԻՆ ՎԻՐԱՎՈՐՆԵՐԻՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅՈՒՆ ՑՈՒՑԱԲԵՐԵԼՈՒ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ»

ԺԴ.00. 15. Վիրաբուժություն (Նյարդավիրաբուժություն)
մասնագիտությամբ

Բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի
հայցման ատենախոսության

Ս Ե Ղ Մ Ա Գ Ի Ր

ԵՐԵՎԱՆ - 1999 թ.

20

© National Library of Armenia OCR by Portmind

Ատենախոսության թեման հաստատվել է ՀՀ Առողջապահության Նախարարության ակադեմիկոս Ս. Ք. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտում:

Գիտական ղեկավար՝ բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆ. Ս. Գ. Զոհրաբյան:

Պաշտոնական ընդիմախոսներ՝ բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆ. Ա.Ք.Զառացյան
բժշկական գիտությունների թեկնածու Ե.Ս.Սեֆերյան:

Առաջատար կազմակերպությունը՝ Ա.Լ.Պոլենովի անվան Ռուսաստանի նյարդավիրաբուժական գիտա-հետազոտայան ինստիտուտ ք. Սանկտ-Պետերբուրգ:

Պաշտպանությունը կայանալու է՝ 14 հունիսի 1999 թ. ժ. 15.00-ին ՀՀ Առողջապահության Նախարարության Երևանի Մ.Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի (ռեկտոր ՀՀ ԳԱ ակադեմիկոս Վ.Պ.Հակոբյան) 027 մասնագիտական խորհրդի նիստին: Հասցեն՝ 375025, Երևան, Կորյունի փ. 2

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ համալսարանի գրադարանում:

Սեղմագիրը առաքված է 13 մայիսի 1999 թ.

Մասնագիտական խորհրդի քարտուղար՝
բժշկական գիտությունների թեկնածու, դոցենտ Ռ.Մ.Կուրղինյան

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ МХИТАРА ГЕРАЦИ

ХАЧАТРЯН КОЛЯ ВОЛОДЬЕВИЧ

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕПНО–МОЗГОВЫМ РАНЕНЫМ ВО ВРЕМЯ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности „Хирургия„ – 14.00.15. (нейрохирургия).

ЕРЕВАН – 1999

1926-99

Тема диссертации утверждена на Ученном Совете Национального института здравоохранения МЗ РА.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор С. Г. Зограбян

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор А. К. Зарацян
кандидат медицинских наук, Е. С. Сеферян

Ведущая организация:
Российский научно–исследовательский нейрохирургический институт им. А. Л. Поленова, Санкт Петербург.

Защита диссертации состоится 14 июня 1999 г. в 15.00 часов на заседании Специализированного совета 027 Ереванского Государственного медицинского университета им. М. Гераци (ректор – академик АН РА В. П. Акопян) МЗ РА по адресу: 375025, Ереван, ул. Корюна 2.

С диссертацией можно ознакомится в библиотеке Ереванского Государственного медицинского университета им. М. Гераци

Автореферат разослан 13 мая 1999 г.

Ученый секретарь Специализированного совета:
кандидат медицинских наук, доцент Р. М. Кургинян

1426-99

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԲՆՈՒԹԱԳԻՐԸ

<u>Հիմնախնդրի արդիականությունը.</u>

Գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորումների (ԳՈՒՀՎ) բուժման հիմնախնդիրն այսօր էլ մնում է նյարդավնասվածքաբանության կարևորագույն արդիական հարցերից մեկը: Այն արդիական է ինչպես պատերազմական, այնպես էլ խաղաղ ժամանակներում: Հայրենական Մեծ պատերազմի ժամանակ ԳՈՒՀՎ-ները կազմել են ընդհանուր վիրավորումների 5.2%-ը [А.А.Вишневский и др.1968]: Ըստ Ս.Ս.Ամիրյանի տվյալների արցախյան հակամարտության ժամանակ դրանք կազմել են ընդհանուր վիրավորումների 8-16%-ը :

Դարավերջին տեղի ունեցած բազմաթիվ տեղային ռազմական ընդհարումների թվին ավելացավ նաև արցախյան հակամարտությունը: Շատացան ԳՈՒՀՎ-ները: Նման վիրավորումները ընթանում են ծանր , բարձր է մահացության և հաշմանդամության տոկոսը: Դեռևս մնում են մի շարք անորոշ հարցեր տարահանման փուլերում ԳՈՒՀՎ-ներին ցուցաբերվող բժշկական օգնության ծավալների, մասնագիտական օգնության ձևերի ու ժամկետների վերաբերյալ:

Բժշկական տարահանման փուլերում օգնությունը ճիշտ կազմակերպելու դեպքում զգալիորեն նվազում է մահացությունը, ստացվում են բուժական լավ արդյունքներ: Այս ամենից հետևում է այն, որ անհրաժեշտ է գտնել և մշակել տարահանման կազմակերպման նոր եղանակներ ու միջոցներ, որոնք տեղային ռազմական գործողությունների ընթացքում կարող են ավելի արդյունավետ լինել:

<u>Աշխատանքի նպատակը.</u>

Սույն աշխատանքի նպատակն է կատարելագործել տեղային ռազմական ընդհարումների ժամանակ ԳՈՒՀՎ-ին բժշկական օգնություն ցուցաբերելու գործընթացը և բարելավել բուժման արդյունավետությունը:

<u>Աշխատանքի խնդիրները.</u>

Մեր առջև դրել ենք հետևյալ խնդիրները՝

1.Վերլուծել ԳՈՒՀՎ-ների բուժման արդյունքները տեղային ռազմական ընդհարումների ժամանակ, հաշվի առնելով վնասող ազդակը և մարտական

գործողությունների բնույթը:

2. Համեմատել ԳՈՒՀՎ-ների բուժման արդյունավետությունը կախված կիրառված բուժման եղանակներից:
3. Հետազոտել առավել հաճախ հանդիպած կազմակերպչական, ախտորոշման և բուժական սխալները, որոշել դրանց ելքային նշանակությունը, ճշտել առաջացման պատճառները և մշակել նրանցից զերծ մնալու եղանակները:
4. Մշակել տեղային ռազմական ընդհարումների ժամանակ ԳՈՒՀՎ-ների ախտորոշման և բուժման արդյունավետ համակարգ:

Գիտական նորույթը.

Կատարելագործվել է գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորների հետազոտությունների համակարգը: Ստեղծվել է յուրօրինակ քարտ նման վիրավորների տվյալների ուսումնասիրության համար: Առաջարկվել է ախտանիշը ձևավորելու ալգորիթմներ, որոնք թույլ են տալիս նվազեցնել ԳՈՒՀՎ-ին տարահանելու ընթացքում բժշկական սխալների հավանականությունը: Ծավալուն կլինիկական նյութի վերլուծության արդյունքում ճշտվել և ուսումնասիրվել են գլխուղեղի ախտահարման առանձնահատկությունները, կախված մարտական գործողությունների, բժշկական ծառայության ապահովվածության և վնասող ազդակների յուրահատկություններից, հետազոտվել է նման վիրավորների բուժման արդյունավետությունը կախված տարահանման եղանակից: Առաջին անգամ արցախյան հակամարտության ընթացքում հետազոտվել են ԳՈՒՀՎ-ին բժշկական օգնություն ցուցաբերելու ժամանակ բժշկական ծառայության կողմից թույլ տրված սխալները: Առաջարկվել է տեղային ռազմական ընդհարումների ժամանակ նման բժշկական սխալների դասակարգում: Ներկայացված է ԳՈՒՀՎ-ի դասակարգման յուրօրինակ սխեմա: Մշակվել է գլխուղեղի հրազենային վիրավորների ախտորոշման և բուժման համակարգ տեղային ռազմական ընդհարումների դեպքում: Ցույց է տրվել ԳՈՒՀՎ-ների վիրահատության ժամանակ ժամանակավոր բաց դրենաժային համակարգի արդյունավետությունը մեծաքանակ վիրավորումների դեպքում:

Գործնական նշանակությունը.

ԳՈՒՀՎ-ի բժշկական օգնությունը ճիշտ կազմակերպելու, հնարավոր սխալներից խուսափելու, ավելորդ հապճեպություն չցուցաբերելու դեպքում կարելի է բարելավել նման վիրավորների բուժման արդյունավետությունը, նվազեցնել մահացության տոկոսը և հետագա բարդությունները, ինչպես նաև պակասեցնել հաշմանդամության քանակը:

Աշխատանքի փորձաքննությունը.

- Ատենախոսության համառոտագիրը հաստատվել է ՀՀ Առողջապահության Նախարարության ակադեմիկոս Ս. Ք. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային ինստիտուտի Գիտական Խորհրդի 1997թ-ի ապրիլի 9-ի նիստում:
- 1998թ-ի ապրիլի 29-ին աշխատանքը ներկայացվել է Հայաստանի Նյարդավիրաբույժների ընկերակցության նիստում և հավանության է արժանացել:
- 1998թ. հունիսի 18-ին ԳՈՒՀՎ-ի վերաբերյալ կատարվել է զեկուցում Ռուսաստանի Նյարդավիրաբույժների ընկերակցության երկրորդ համագումարում:
- Փորձաքննությունը կատարվել է 1999 թ-ի մարտի 2-ին ՀՀ Առողջապահության Նախարարության ակադեմիկոս Ս. Ք. Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային ինստիտուտի Նյարդաբանության և մանկական նյարդաբանության ամբիոնի ընդլայնված նիստում:

Հրապարակումները.

Նյութի վերաբերյալ հրապարակված են 9 աշխատանքներ, որոնցում արտացոլված են ատենախոսության հիմնական դրույթներն ու բովանդակությունը:

Աշխատանքի ծավալը.

Աշխատանքը շարադրված է 111 էջի վրա: Բաղկացած է առաջաբանից, չորս գլուխներից (գրականության ամփոփում, կլինիկական նյութի բնութագրումը և հետազոտման եղանակները, գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորների վիրաբուժական բուժումը տարահանման փուլերում և մեր առաջարկությունները, գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորների բուժման ընթացքում տեղ գտած

© National Library of Armenia

բժշկական սխալների վերլուծությունը), եզրակացություններից, ամփոփումից և գրականության ցանկից (երկու հայկական, 133 ռուսալեզու և 36 օտար լեզուներով): Պարունակում է սեփական դիտարկումների հինգ ռենտգենյան շրջադիտային և մեկ շերտավոր համակարգչային նկարներ, 3 աղյուսակներ և 12 դիագրամմա:

ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

Կլինիկական նյութի բնութագրումը և հետազոտման եղանակները:

1992-94 թթ. „Շտապ օգնություն„ Գիտաբժշկական կենտրոնի նյարդավիրաբուժական բաժանմունք են ընդունվել 239 ԳՈՒՀՎ:

Հիվանդության պատմաքերթիկները ուսումնասիրելու նպատակով կիրառվել է հետազոտման թվային կոդավորման եղանակը: Մշակվել է հուշիչ քերթիկ, որն ունի հետևյալ տեսքը՝

ՀՐԱԶԵՆԱՅԻՆ ՎԻՐԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐ

Աստիճանը	Ազդակը	Քանակը	Բնույթը	Տեսքը	Թափանց.
1. Թեթև 2. Ծանր	1.Գնդակային 2. Բեկորային 3.Այլ ազդակներ	1. Եզակի 2.Բազմակի	1. Կույր 2. Շոշափող 3. Անդրատ. 4.Գոտևորող 5. Միջանցիկ	1. Հասարակ 2. Հատույթ. 3. Շառավղ. 4. Տրամագծ.	1. Չթափանց. 2.Թափանց.

ԳԼԽՈՒՂԵՂԻ ՎՆԱՍՈՒՄ.

Ծածկ. ծնասում	Գլխուղեղի վնասում	Համախտանիշներ	Գիտակց. վիճակը
1.Փափուկ հյուսվածքի 2.Գանգոսկրի կոտրվածք ա) ճակատոսկրի բ) գագաթոսկրի գ) քունքոսկրի դ) ծոծրոսկրի ե) հիմի ոսկրերի	0.Առանց վնասման 1.Գլխուղեղի ցնցում 2.Գլխուղեղի սալջարդ ա) թեթև աստիճան բ) միջին աստիճան գ) ծանր աստիճան 3.Գլխուղեղի ճնլում 4. Աքսոնալ վնասում	1.Ենթաոստայն. արյունազեղում 2.Ուղեղաբնային 3.Ցրված միկրոախտ 4. Առանց ախտահ.	0. Պարզ 1. Շշմածություն 2. Սոպոր 3. Կոմա

ԶՈՒԳԱԿՑՈՒՄՆԵՐ 0.Առանց զուգակցման, 1. Դիմածնոտային, 2. Աչքի,

3. Վերջույթների, 4. Կրծքավանդակի, 5. Որովայնի, 6. Այլ վնասումներ:

ՀԱՐԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ 1. Գանգի ռենտգեն գրաֆիա, 2. Էխոէնցեֆալոգրաֆիա, 3. Նյարդակնաբանի դիտում, 4. Էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆիա, 5. Էլեկտրոկարդիոգրաֆիա, 6. Համակարգչային շերտագիր, 7. Օտոնևրոլոգի դիտում, 8. Այլ հետազոտություններ:

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՍԽԱԼՆԵՐ

	Կազմակերպչական	Ախտորոշման	Բուժական
0. Սխալ չկա	1. Փոխադրամիջոցի սխալ ընտրություն 2. Չհիմնավորված հապաղում 3.Վաղ տեղափոխում 4. Փաստաթղթերի սխալ ձևակերպում	1. Ախտորոշման անհամապատասխանություն 2. Ախտորոշում չկա 3. Եկել է առանց փաստաթղթերի	1. Չհիմնավորված վիրահատություն 2. Չի վիրահատվել 3. Վիրահատական սխալներ

Ախտանունը ձևավորելու ժամանակ օգտվել ենք մեր կողմից առաջարկված դասակարգման սխեմայից: Ստացված արդյունքները թվերի տեսքով անց են կացվել հատուկ բլանկների վրա, որոնք վերջնական մշակման են ենթարկվել IBM անհատական համակարգիչով:

Հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է հետևյալը: Ըստ տարիքի վիրավորների քանակն այսպիսին էր՝ տես աղյուսակ 1-ը:

Աղյուսակ 1

Տարիքը	մինչ 20	21-30	31-40	41 և ավել
Քանակը	53	91	71	24

Վիրավորներից 5-ը եղել են կանայք: Ամենից շատը 21 տարեկան հիվանդներն էին՝ 19 հոգի: Հաջորդ աղյուսակում ցույց է տրված յուրաքանչյուր տարվա ընթացքում ընդունված հիվանդների քանակը:

Աղյուսակ 2

Տարեթիվ	1992	1993	1994
Քանակը	63	51	125

© National Library of Armenia

1994 թվին վիրավորների ճնշող մեծամասնությունը ընդունվել էր առաջին չորս ամիսների ընթացքում: Վիրավորների քանակը համեմատաբար շատ էր նաև 1992 թվականի ամռանը: Դրանք պաշտպանական գործողությունների ժամանակաշրջան էին:

Գանգուղեղի վնասվածքները հայտնաբերվել են 194 հոգու մոտ, որը կազմում է վիրավորների ընդհանուր թվի 81,2 % -ը:

Ոսկրի վնասվածքների տեղակայման հաճախականությունը ներկայացված է աղյուսակ 3-ում:

Աղյուսակ 3

տեղակայումը	գագաթոսկր	ճակատոսկր	քունքոսկր	ծոծրոսկր	հարհիմային
Քանակը	91	74	68	33	11
Տոկոսը	46,9%	38,1%	35,1%	17,0%	5,7%

Բեկորային վիրավորումները կազմել են 71,6%, իսկ գնդակայինը՝ 16,4%: 11% դեպքերում վնասող ազդակի բնույթը չի պարզվել:

Զուգակցված վիրավորումները հանդիպել են 43,2% դեպքերում: Զուգակցումների հաճախականությունը ցույց է տրված աղյուսակ 4-ում:

Աղյուսակ 4

Զուգակցում.	վերջույթ.	դիմածն.	կրծքավանդ.	աչքի	որովայն	այլ վնաս.
Քանակը	33,4 %	28,6 %	17,1 %	15,7 %	3,9 %	1,3 %

154 հոգի ունեին կույր վիրավորումներ: Նրանցից 113-ը հասարակ, 12-ը հատույթային, 22-ը շառավղային և 7-ը՝ տրամագծային: 43 հոգու մոտ վիրավորումը միջանցիկ էր: Նրանցից 32-ը՝ հատույթային էին, 11-ը՝ տրամագծային: Շոշափող վիրավորում եղել է 24 հոգու մոտ, 5 հոգու մոտ այն եղել է անդրադարձող: Ունեցել ենք գոտևորող վիրավորման մեկ դեպք:

Վիրավորները ընդունվել են գլխուղեղի այս, կամ այն աստիճանի ախտահարումներով: Աղյուսակ 5-ը ցույց է տալիս վիրավորների քանակը ըստ

գլխուղեղի վնասման աստիճանի:

Աղյուսակ 5

Ախտահարում չկա	Գլխուղեղի ցնցում	Գլխուղեղի սալջարդ			Գլխուղեղի ճմլում
		թեթև	միջին	ծանր	
6 (2.5%)	49 (20.5%)	4 (1.7%)	28 (11.7%)	152 (63.6%)	46 (19.2%)

Տարածուն աքսոնալ ախտահարման դեպք չի ախտորոշվել: Ենթաոստայնային արյունազեղումը եղել է 155, ուղեղաքնի ախտահարումը՝ 88 հոգու մոտ:

Կլինիկա ընդունվելու ժամանակ 93 հոգի (38,9%) գիտակցության խանգարում չեն ունեցել: 43 հոգի (18%) եղել են շշմած վիճակում: Նրանցից 18-ը չափավոր, իսկ 25-ը խորը շշմածություն: 18 հոգի (7,5%) ունեցել են սոպոր: 85-ի մոտ (35,6%) կար կոմա, որանցից 27-ը չափավոր, 35-ը՝ խորը և 23-ը՝ սահմանային:

Բժշկական տարահանման փուլերում տեղ գտած սխալները ուսումնասիրելու նպատակով դրանք դասակարգել ենք: Տարբերում ենք կազմակերպչական, ախտորոշման և բուժական սխալներ: Կազմակերպչական սխալներից հայտնաբերել ենք՝ փոխադրամիջոցի սխալ ընտրություն՝ 3 դեպք, տարահանման չհիմնավորված հապաղում 4 դեպք, վաղաժամ տեղափոխում 48 դեպք և փաստաթղթերի սխալ ձևակերպում 11 դեպք: Ախտորոշման սխալներից եղել են՝ ախտորոշման անհամապատասխանություն՝ 4 դեպք: 45 դեպքերում վիրավորները բերվել են առանց փաստաթղթերի: Բուժական սխալներից հայտնաբերել ենք՝ չհիմնավորված վիրահատության 8 դեպք: 37 վիրավորներ չէին վիրահատվել, չնայած առկա էին ակնհայտ ցուցումներ վիրահատության համար: 14 հոգու մոտ հայտնաբերվել են նախորդ վիրահատությունների ժամանակ թույլ տրված սխալներ:

Բոլոր վիրավորները ենթարկվել են հարկլինիկական հետազոտությունների:

Գանգի շրջադիտային ռենտգենագրաֆիան կատարվել է 226 հոգու: Մնացած 13 դեպքերում այս հետազոտությունը չի կատարվել: Պատճառները տարբեր են:

© National Library of Armenia

Վիրավորներից 10-ը ընդունվել են հոգևարքի վիճակում և մահացել են ընդունվելուց մի քանի ժամ հետո: Նրանց գանգի ռենտգենյան նկարահանումը պարզապես չի հասցվել կատարել: Կային եզակի դեպքեր, երբ թեթև վիրավորները հրաժարվել են ռենտգեն քննությունից: Էխոէնցեֆալոգրաֆիան կատարվել է 181 հոգու: Նյարդաակնաբանը դիտել է 152 վիրավորի: 44 հոգու հետազոտել է օտոնյարդաբանը: 101 հոգու կատարվել է էլեկտրոկարդիոգրաֆիա: Համակարգչային շերտագիր հետազոտությունը հնարավորություններ չլինելու պատճառով քննարկվող տարիների ընթացքում քիչ էր կատարվել՝ 12 դեպքերում,: Էլեկտրոէնցեֆալոգրաֆիան կատարվել է վերքերի ապաքինումից հետո 58 հոգու: Կատարվել են նաև այլ հետազոտություններ՝ գոտկային պունկցիա, դոպլերոգրաֆիա և այլն՝ ընդհանուրը 69 հետազոտություն:

Տվյալների վերլուծության նպատակով հիվանդներին բաժանել ենք երեք խմբերի:

Առաջին խումբն այն վիրավորներն են, որոնք վիրահատվել են միայն մինչմասնագիտական փուլերում:

Երկրորդ խումբը նրանք են, որոնք նախորդ փուլերում վիրահատված լինելով հանդերձ, կրկնակի վիրահատվել են մեր կլինիկայում:

Երրորդ խմբի հիվանդները վիրահատվել են միայն մեր կլինիկայում:

Հիվանդների քանակը ըստ խմբերի և մահացության տոկոսը ցույց է տրված աղյուսակ 6-ում:

Աղյուսակ 6

	քանակը	մահացել են	տոկոսը
1-ին խումբ	107	35	32,7 %
2-րդ խումբ	52	12	23,1 %
3-րդ խումբ	36	4	11,1 %

Ինչպես տեսնում ենք առաջին խմբում մահացության տոկոսը ամենաբարձրն է: Կրկնակի վիրահատությունների շնորհիվ (երկրորդ խումբ) հաջողվել է նվազեցնել մահացության տոկոսը: Այն դեպքերում, երբ վիրավորը շրջանցել էր

մինչմասնագիտական փուլերը և անմիջապես բերվել նյարդավիրաբուժական կլինիկա, մահացությունն ամենաքիչն էր:

Ավելի հավաստի եզրահանգումներ կատարելու նպատակով ուսումնասիրել ենք նաև կարմիր արյան ցուցանիշները և կլինիկայում անցկացրած միջին մահճակալ օրերի թվերը յուրաքանչյուր խմբում: Աղյուսակ 7-ը ներկայացնում է այդ թվերը:

Աղյուսակ 7

	Միջին մ/օր	հեմոգլոբին %	էրիթրոցիտներ
1-ին խումբ	23,7	59,4 %	3,2 մլն
2-րդ խումբ	33,8	65,6 %	3,4 մլն
3-րդ խումբ	28,4	74,6 %	3,9 մլն

Առաջին խմբի վիրավորները կլինիկա են ընդունվել կարմիր արյան ամենավատ ցուցանիշներով: Պատճառը, կարծում ենք այն է, որ նրանց մեծ մասին վիրահատել էին նյարդավիրաբույժները, կատարել էին վերքի արմատական մշակում, հետևաբար արյուն շատ էին կորցրել: Նրանց բուժման տևողության միջին թվերը ցածր են ի հաշիվ այն բանի, որ այս խմբի մահացած հիվանդների մի մասը ընդամենը մի քանի օր էին ապրել: Դա ազդել է մահճակալ օրերի ընդհանուր թվի վրա: Իրականում այս խմբի հիվանդները մեր կլինիկայում երկարատև բուժում են ստացել:

Երկրորդ խմբի վիրավորների կարմիր արյան համեմատաբար լավ ցուցանիշները մենք հակված ենք բացատրելու նրանով, որ նրանց մեծ մասամբ վիրահատել էին ոչ մասնագետները, անբավարար ձևով, առանց վերքի արմատական մշակման: Նման դեպքերում արյուն քիչ են կորցնում, բայց կարիք է առաջանում կրկնակի միջամտության: Նրանց բուժման տևողությունը ամենաերկարն է:

Երրորդ խմբի վիրավորների ցուցանիշները ամենաբարվոքն են:

239 հիվանդներից մահացել են 56 հոգի (23,4%): Մահացած հիվանդներից չորսը վիճակի ծանրության պատճառով չեն վիրահատվել: Վիրահատված 195

© National Library of Armenia

հիվանդներից մահացել են 52 հոգի (26,7%): Նրանց մեծ մասն ունեին կյանքին անհամատեղելի վնասվածքներ: Մյուս մասի մահվան պատճառները պետք է փնտրել տարահանման փուլերում թույլ տրված սխալների մեջ:

Կառուցել ենք նմանատիպ մեկ այլ աղյուսակ մահացած հիվանդների տվյալներով: Տ՝ես աղյուսակ 8-ը:

Աղյուսակ - 8

	Միջին մ/օր	հեմոգլոբին %	էրիթրոցիտներ
1-ին խումբ	4,3	53,4 %	2,7 մլն
2-րդ խումբ	12	63,3 %	3,2 մլն
3-րդ խումբ	5,5	75,4 %	3,8 մլն

Երկրորդ խմբի վիրավորների մահճակալ օրերի թվերն ամենաշատն են: Դա բացատրվում է նրանով, որ այս խմբից մեկ հիվանդ մահացել է ընդունման 18-րդ, իսկ մեկ ուրիշը՝ 72-րդ օրը: Դարձյալ առաջին խմբի վիրավորների կարմիր արյան ցուցանիշներն ամենացածրն են:

Մահվան դեպքերից 24,4%-ի մոտ վիրավորումները եղել են զուգակցված: Բեկորային վիրավորումներն այս հիվանդների մոտ կազմել են 77,4%:

Վիրավորների գերակշռող մեծամասնությունը մեր կլինիկա էին ընդունվել վիրավորման առաջին երեք օրվա ընթացքում: Մեր կլինիկայում առաջնակի վիրահատված 36 վիրավորներից 13-ը վիրահատվել էին ընդունման օրը, նույնքան հիվանդ վիրահատվել էին հաջորդ օրը, նախապատրաստական դեղորայքային բուժում ստանալուց հետո: Երրորդ օրը վիրահատվել էին 3 հոգի, չորրորդ օրը՝ 2: Մնացած 5 հոգին վիրահատվել էին հաջորդ 8 օրերի ընթացքում:

Տարահանման նախորդ փուլերում այս հարցի վերաբերյալ այլ մոտեցում էր ցուցաբերվել: 107 վիրավորներից վիրավորման օրը վիրահատվել էին 98 հոգի, հաջորդ օրը՝ 5, իսկ երրորդ օրը՝ 2 հոգի: Մնացած երկուսը վիրահատվել էին հաջորդ երկու օրերի ընթացքում: Փաստորեն այդ փուլերում վիրահատությունները կատարվել էին մեծ մասամբ վիրավորման օրը առանց նախապատրաստական բուժման:

Այսպիսով, օգտվելով թվային կոդավորման եղանակից և անհատական համակարգիչից, կարողացել ենք մանրամասը վերլուծել 239 վիրավորների հիվանդության պատմաթերթիկների տվյալները: Այդ տվյալներն են՝ վիրավորների տարիքը, վիրավորման ծանրության աստիճանը, վնասող ազդակը, նրա քանակը: Հաշվի ենք առել նաև վիրավորման բնույթը, տեսքը, թափանցող լինելը: Վերցրել ենք տվյալներ գանգոսկրի վնասման, գլխուղեղի ախտահարման աստիճանի և գիտակցության վիճակի վերաբերյալ: Ուսումնասիրել ենք վիրավորման զուգակցումները, կատարված հարկլինիկական քննությունները: Ուշադրություն է դարձվել բժշկական սխալների վերլուծությանը: Այս հարցում ձգտել ենք լինել առավելագույնս օբյեկտիվ: Առաջնորդվել ենք ներկայումս գործող ռազմաբժշկական վիրաբուժության հիմնադրույթներից: Միաժամանակ հաշվի ենք առել նաև մեր կողմից կատարված առաջարկությունները, որոնք բխում էին տեղային ռազմական ընդհարումների ժամանակ բժշկական ծառայության կազմակերպման առանձնահատկություններից:

<u>Գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորների վիրաբուժական բուժումը տարահանման փուլերում և մեր առաջարկությունները:</u>

Արցախյան հակամարտության ընթացքում գործել է տարահանման չորս փուլ: Առաջին բժշկական օգնությունը ցուցաբերվել է մարտի դաշտում ինքնա-, կամ փոխօգնության ձևով և սանիտար հրահանգիչների կողմից: Այս և հաջորդ՝ բժշկական օգնության փուլի հիմնական խնդիրը վիրավորին շուտափույթ հաջորդ փուլ ուղարկելն էր: Բժշկական օգնության փուլը արցախյան հակամարտության ժամանակ դաշտային հոսպիտալներն էին: Երրորդ՝ որակավորված օգնության փուլը հակամարտության տարիներին ընդհանուր վիրաբուժական բաժանմունքներն էին: Այստեղ կային նվազագույն հնարավորություններ նյարդավիրաբուժական վիրահատություններ իրականացնելու համար: Նյարդավիրաբույժի առկայությունն այս փուլում վիրահատությունը դարձնում էր պարտադիր: Սակայն, նման պայմաններում կատարված վիրահատությունները չեն կարող համեմատվել ժամանակակից կլինիկաների աշխատանքի հետ: Մյուս կողմից, եթե օգնությունը ցուցաբերում է նյարդավիրաբույժը, ուրեմն այն

© National Library of Armenia

մասնագիտական է: Դրա համար նման օգնությունը մենք որակել ենք որպես "սահմանափակ ծավալով, մասնագիտական":

Չորրորդ՝ մասնագիտական օգնության փուլն է: Այն իրականացվել է ժամանակակից նյարդավիրաբուժական կլինիկաներում: Այս փուլում իրականացվող օգնությունը չի տարբերվում խաղաղ ժամանակներում նման հիվանդներին ցուցաբերվող բժշկական օգնությունից: Բժշկական ծառայության առջև դրված պահանջներն այստեղ շատ են: Անհրաժեշտ է ունենալ բարձրորակ և փորձառու նյարդավնասվածքաբաններ, լավ պատրաստված միջին և կրտսեր բժշկական անձնակազմ, նյարդավերակենդանացման մասնագետներ: Նման կլինիկաներն ապահոված են լինում ժամանակակից հարկլինիկական հնարավորություններով՝ շարժական և ստացիոնար ռենտգենյան սարքավորումներով, համակարգչային շերտագիրով, կլինիկական և բակտերիոլոգիական լաբորատորիաներով, նյարդաակնաբանական, օտոնյարդաբանական, էլեկտրո- և էխոէնցեֆալոգրաֆիկ աշխատասենյակներով: Պարտադիր են վիրահատական ժամանակակից գործիքների առկայությունը: Նման պայմաններում իրականացված բուժումը ապահովում է բարձր բուժական արդյունավետություն, վիրահատությունները կատարվում են ժամանակակից պահանջներին համապատասխան:

Մեր հետազոտությունների արդյունքում հանգել ենք այն եզրակացության, որ նման վիրահատությունները սկսելուց առաջ պետք է տանել նախապատրաստական դեղորայքային բուժում: Վիրահատությունը կատարվում է ընդհանուր անզգայացման տակ: Նպատակը վերքի արմատական մաքրումն է, բոլոր օտար մարմինների հեռացումը: Բացառություն են կազմում այն օտար մարմինները, որոնք տեղակայված են վիրահատական դաշտից հեռու և դրանց հեռացման համար հարկ է լինում անցնել անվնաս ուղեղանյութի միջով: Վերքի հետագա խնամքը իրականացվում է բաց, կամ փակ զույգ դրենաժային համակարգով: Մեր փորձը ցույց է տվել, որ մեծ քանակով վիրավորումների ժամանակ կիրառվող բաց դրենաժային համակարգն իրեն արդարացնում է:

Մանրակրկիտ ուսումնասիրություններից հետո մեկ անգամ ևս համոզվել ենք, որ վիրահատություններից հետո ԳՈՒՀՎ-ներին չի կարելի շտապ

տարահանել: Պարտադիր է նրանց հետագա 7-10 օրվա բուժումը ապահովել տեղում և տարահանել միայն վիճակը կայունանալուց հետո: Տարահանման նպատակով պետք է օգտվել գլխավորապես օդային փոխադրամիջոցից:

Գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորների բուժման ընթացքում տեղ գտած սխալների վերլուծությունը:

Տեղային մարտական ընդհարումների ժամանակ գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորներից շատերին հնարավոր էր վաղ մասնագիտական օգնություն ցուցաբերել: Մինչդեռ մեր ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ այդ հնարավորությունները ոչ միշտ է, որ օգտագործվել էր:

Բժշկական սխալների ուսումնասիրության նպատակով առաջին հերթին առանձնացրել ենք բոլոր այն հիվանդների պատմաթերթիկները, որոնց մոտ ենթադրում էինք նման սխալներ: Կրկին անգամ մանրամասն ուսումնասիրել ենք այդ պատմաթերթիկները: Առանձնացրել ենք այն դեպքերը, որտեղ նման սխալների առկայությունը անառարկելի էր: Մեր աշխատանքի մեջ մանրամասն վերլուծության ենք ենթարկել այդ սխալները, բերել կոնկրետ օրինակներ:

Սխալների գերակշռող մասի պատճառը ժամանակակից ռազմադաշտային վիրաբուժության հիմնադրույթներն անտեսելու հետևանքն են: Մյուս մասը գալիս էր նրանից, որ հաշվի չէին առնվում բժշկական ծառայության հնարավորություններն ու հակամարտության առանձնահատկությունները:

Սխալներ են թույլ տրվել տարահանման փոխադրամիջոցը ընտրելիս՝ վիրավորները հեռու տարածություններ էին տեղափոխվում ավտոմեքենաներով: Մեծ վիրահատություններից հետո 48 հոգու անմիջապես ուղարկել էին կլինիկա, չսպասելով ընդհանուր վիճակի կայունացմանը: Հանդիպել են նաև հակառակ մոտեցումներ՝ վիրավորները տեղափոխվել էին ուշացումներով, վիրավորման զանազան բարդությունների կապակցությամբ: Եղել են փաստաթղթերի սխալ ձևակերպումներ, անտորոշման անհամապատասխանություն, կամ վիրավորները պարզապես գալիս էին առանց փաստաթղթերի:

8 պատմաթերթիկներում չկային նախորդ փուլերում կատարված վիրահատությունների համար բավարար հիմնավորումներ: 37 հիվանդներ կարիք

© National Library of Armenia

ունեին ռադիկալ, հրատապ վիրահատական միջամտությունների։ Սակայն վերքի վիրաբուժական մշակումը նրանց մոտ անբավարար էր կատարված, կամ ընդհանրապես չէին վիրահատվել։ Մենք գտնում ենք, որ վերջին տարբերակը համեմատաբար լավ է, քանի որ ընդհանուր վիրաբույժների կողմից առաջին անգամ վիրահատելիս թույլ տրված սխալների ուղղումն ավելի դժվար է, քան վիրահատությունն ուշացնելու պատճառով առաջացած բարդությունների բուժումը։ 14 հիվանդների մոտ կատարվել էր վերքի ռադիկալ մշակում։ Կլինիկա ընդունվելուց որոշ ժամանակ անց հարկադրված էինք նրանց կրկնակի վիրահատություններ կատարելու, որոնց ժամանակ պարզվում էր, որ նախորդ վիրահատությունների ընթացքում թույլ են տրվել մի շարք սխալներ։ Վերքի մեջ թողնվել էին օտար մարմիններ, ոսկրի կտորներ, ուղեղի կարծր թաղանթը չէր կարվել, ջնջխված ուղեղանյութը լրիվ չէր մաքրվել, վերջնական հեմոստազ չէր կատարվել և այլն։

Քննարկելով այս սխալները, գտնում ենք, որ դրանք մեծ մասամբ ունեին օբյեկտիվ պատճառներ։ Հակամարտության սկզբում չկար ձևավորված բժշկական ծառայություն, կայրերը ծանոթ չէին ժամանակակից զենքերից առաջացած վնասվածքների առանձնահատկություններին։ Բացակայում էին նման վիրավորների օգնությունը կազմակերպելու համար անհրաժեշտ գործիքներն ու սարքավորումները։ Կային նաև սուբյեկտիվ պատճառներ։ Դրանց ենք վերագրում այն դեպքերը, երբ դաշտային հոսպիտալներում իրականացվում էին նյարդավիրաբուժական միջամտություններ։ Վիրավորներին առանց փաստաթղթերի ուղարկելը, կամ դրանց սխալ ձևակերպումը ևս սուբյեկտիվ գործոններ են։ Սեփական սխալների ուսումնասիրության և դրանք մատնանշելու ճանապարհով միայն կարելի է խուսափել դրանց կրկնվելուց։

ԱՄՓՈՓՈՒՄ

1. Վերլուծելով տեղային մարտական գործողությունների ժամանակ գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորների բուժման արդյունքները, պարզել ենք, որ հիվանդներին ոչ մասնագիտական փուլերում վիրահատելու դեպքում մահացությունը մոտ երեք անգամ ավելի շատ է (32,7%), քան այն դեպքում, երբ առաջին վիրահատությունը կատարվում է մասնագիտական փուլում (11,1%)։ Կրկնակի միջամտությունների շնորհիվ հաջողվել է իջեցնել մահացության տոկոսը (23,1%)։
2. Հետազոտությունների արդյունքում պարզել ենք, որ գանգ-ուղեղային հրազենային բեկորային վիրավորումները կազմել են 71,6%, գնդակայինը՝ 16,4%։ Հարձակողական գործողությունների ընթացքում վիրավորների քանակը քիչ էր, վիրավորումները հիմնականում գնդակային էին։ Մինչդեռ պաշտպանական մարտերի ընթացքում հիվանդների քանակը շատ էր և գերակշռում էին բեկորային վիրավորումները։ Մեր տվյալներով ծանր վիրավորումները կազմել են 84,1%, որը պայմանավորված է նրանով, որ ժամանակակից զենքերը ունեն մեծ կինետիկ էներգիա և առաջացնում են ծավալուն ախտահարումներ։
3. Նախորդ փուլերում վիրահատված հիվանդների 32,7%-ին մեր կլինիկայում կարիք է եղել կրկնակի վիրահատել, որովհետև ոչ մասնագիտական փուլերում վիրահատելու ժամանակ վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումը կատարված էր անբավարար, որը բացասաբար էր անդրադառնում բուժման արդյունավետության վրա։ Ի տարբերություն ընդհանուր վիրաբուժական հիմնադրույթների, գանգ-ուղեղային վիրավորումների ժամանակ հրազենային վերքը պետք է խուլ կարել, նկատի ունենալով գլխի փափուկ հյուսվածքների անատոմիական առանձնահատկությունները, հարուստ անոթավորումը։ Վերքի հետագա խնամքը ապահովվում է դրենաժային համակարգով։
4. Արցախյան հակամարտության ընթացքում գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորներին բժշկական օգնություն ցուցաբերելիս թույլ են տրվել մի շարք կազմակերպչական, ախտորոշման և բուժական սխալներ, որոնց պատճառը տարահանման բազմափուլային համակարգի անկատարությունն է տեղային մարտական ընդհարումների ժամանակ և ճակատի գծին մոտ նման

© National Library of Armenia

վիրավորներին բժշկական օգնություն ցուցաբերելու համար անհրաժեշտ պայմանների բացակայությունը:

5.Մշակված գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորումների դասակարգման սխեմատիկ պատկերը հնարավորություն է տալիս տարահանման ոչ մասնագիտական փուլերում իրականացնել լիարժեք ախտորոշում:

6.Տեղային մարտական գործողությունների ժամանակ գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորների բժշկական օգնության փուլային համակարգը նպատակահարմար է կրճատել, այն դարձնելով երկփուլ՝ ա)առաջին բժշկական և բ)մասնագիտական օգնություն: Մասնագիտական օգնությունը կախված առկա պայմաններից կարող է լինել լիարժեք, կամ սահմանափակ ծավալով: Լիարժեք ծավալով մասնագիտական օգնությունը ցուցաբերվում է ժամանակակից նյարդավիրաբուժական կլինիկաներում: Իսկ ճակատի գծին մոտ, անհրաժեշտ նվազագույն հնարավորություններով ապահովված նյարդավիրաբուժական բաժանմունքներում կարող է իրականացվել միայն սահմանափակ ծավալով մասնագիտական օգնություն

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ԹԵՄԱՅՈՎ ՀՐԱՊԱՐԱԿՎԱԾ ԱՇԽԱՏԱՆՔՆԵՐԻ ՑՈՒՑԱԿ

1. Կ.Վ.Խաչատրյան, Ս.Գ.Զոհրաբյան, Ռ.Ա.Գաբոյան: "Գանգ-ուղեղային հրազենային վիրավորներին բժշկական օգնություն ցուցաբերելու ժամանակ տեղ գտած սխալները տարահանման փուլերում": Научные труды и сообщения Национального института Здравоохранения МЗ РА Ереван 1997 с. 195-202
2. Ю.М.Погосян, К.А.Эбоян, З.З.Карапет, Н.В.Хачатрян, М.Р.Мартиросян "Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области в сочетании с черепно-мозговыми повреждениями". Вестник Хирургии Армении 1996 -2 с. 26-31.
3. Ю.М.Погосян, К.А.Эбоян, З.З.Карапет, Н.В.Хачатрян, М.Р.Мартиросян "Клиника и лечение огнестрельных ранений челюстно-лицевой области, сочетающихся с черепно-мозговой травмой ". II съезд Травматологов и ортопедов республики Армения.(тезисы докладов) 1996 Ереван с.171-173.

4. К.В.Хачатрян, С.Г.Зограбян, Р.А.Габоян. "Специализированная помощь при черепно-мозговых ранениях ". Вестник Хирургии Армении 1997 -3 с.27-30.
5. К.В.Хачатрян, С.Г.Зограбян, Р.А.Габоян. "К вопросу об отсроченных операциях при проникающих черепно-мозговых ранениях ". Вестник Хирургии Армении 1997 -3 с.31-32.
6. К.В.Хачатрян. "Лечение черепно-мозговых ранений на этапах медицинской эвакуации ". Ежегодник Академии хирургических наук Том -1 Армения 1997 с. 4-6.
7. К.В.Хачатрян, С.Г.Зограбян, Р.А.Габоян. "Особенности современных огнестрельных черепно-мозговых ранений ". Ежегодник Академии хирургических наук Том -2 Армения 1997 с. 4-5.
8. Р.А.Габоян, С.Г.Зограбян, К.В.Хачатрян. "Огнестрельные черепно-мозговые ранения ". II съезд нейрохирургов Российской Федерации (материалы съезда). Санкт-Петербург 1998 с. 66.
9. Б.Н.Арутюнян, Ю.М.Погосян, К.А.Эбоян, З.З.Карапет, Н.В.Хачатрян, М.Р.Мартиросян "Организация оказания медицинской помощи раненным челюстно-лицевой области в сочетании с черепно-мозговой травмой на этапах медицинской эвакуации " (методические рекомендации). Апага Ереван 1996 33 с.

ХАЧАТРЯН КОЛЯ ВОЛОДЬЕВИЧ

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМ РАНЕНЫМ ВО ВРЕМЯ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная работа посвящена изучению особенностей оказания медицинской помощи черепно-мозговым раненым в условиях локальных военных конфликтов. Обследования основаны на материале данных 239 черепно-мозговых раненых,

© National Library of Armenia

поступивших в нейрохирургическое отделение Научно-медицинского центра „Скорая помощь„. Подавляющее большинство больных - мужчины. Среди раненых основную массу составляли лица молодого возраста. Ранения были осколочными в 71,6% случаях.

Целью настоящей работы является усовершенствование процесса оказания медицинской помощи ЧМР во время локальных военных конфликтов.

Для достижения этой цели перед нами были поставлены следующие задачи: изучение результатов лечения ЧМР при локальных военных конфликтах, сравнение эффективности лечения в зависимости от применяемого метода лечения, исследование медицинских ошибок, имевших место во время карабахского конфликта.

В работе ипользован метод цифрового кодирования данных историй болезни и компьютерная обработка этих данных. Предложена оригинальная схема классификации черепно-мозговых ранений. Усовершенствована и конкретизирована система комплексного обследования ЧМР. Впервые изучены допущенные медицинские ошибки во время карабахского конфликта и разработаны способы предупреждения таких ошибок. Впервые используется понятие "специализированная помощь в полном и в ограниченном объеме„.

На основании проведенных исследований изучены имевшие место медицинские ошибки, даны соответствуюшие оценки и предложены методы и схемы во избежание этих ошибок.

Предложены новые объемы оказания медицинской помощи черепно-мозговым раненым на этапах медицинской эвакуации, более приемлимые при локальных военных конфликтах, что существенно отличается от принятых доктрин современной Военно полевой хирургии. Сделанные предложения могут способствовать улучшению медицинской помощи черепно-мозговым раненым, уменьшению процента смертности, осложнений и инвалидизации от таких ранений.

05.02.2013

Տպագրված է ՀՀ ԲՈՀ-ի պարվերով

Հանձնված է տպագրության 07.05.99 թ: Պատվեր 58: Տպաքանակ 60:

Տպագրված է «Դավիթ» կոոպերատիվի տպարանում:
Երեւան, Տերյան 72:

ՀՀ Ազգային գրադարան
NL1762605

© National Library of Armenia

© National Library of Armenia