

УДК 616.833.34+616.831]-001-071

Поєднання ураження плечового сплетення та черепно-мозкової травми. Особливості діагностики та клінічні ознаки

Цимбалюк В.І., Дубина Г.І.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ, Україна

Викладені результати обстеження 348 потерпілих з закритим пошкодженням плечового сплетення (ПС), з них 90 — в поєднанні з черепно-мозковою травмою (ЧМТ). Діагностика характеру, рівня пошкодження ПС, вибір оптимальної лікувальної тактики з огляду на всі складові поєднаної травми, є складною проблемою. Своєчасна діагностика травми ПС, кваліфіковане надання допомоги на різних етапах, вчасне раціональне диференційоване мікрохірургічне лікування дають можливість відновити як побутову, так і професійну працездатність у значній кількості хворих. Складність встановлення діагнозу закритого пошкодження ПС в поєднанні з ЧМТ зумовлена необхідністю диференційної діагностики розладів рухів у верхній кінцівці — центрального чи периферійного типу паралічу. Вивчені особливості клінічних проявів закритого поєданого пошкодження ПС з оцінкою значення симптомів та методів обстеження. Розроблена таблиця диференційної діагностики монопарезу (моноплегії) верхньої кінцівки у хворих з поєднаним пошкодженням ПС.

Ключові слова: *плечове сплетення, травма, діагностика, черепно-мозкова травма, поєднана травма.*

Травматичне пошкодження ПС, отримане внаслідок дорожньо-транспортної пригоди (ДТП), зокрема, падіння з мотоцикла, є однією з найбільш тяжких форм ураження периферійної нервової системи. Тракційний механізм пошкодження та травма від прямого удару становить понад 90% всіх причин травми ПС. Ці найбільш тяжкі пошкодження майже у 70% потерпілих супроводжуються тотальним пошкодженням ПС [5, 6].

Особливе місце посідає пошкодження ПС в поєднанні з ЧМТ. При цьому тяжкість отриманого пошкодження не тільки обтяжує окремі її форми, а, внаслідок взаємодії часто спричиняє численні ускладнення, збільшується летальність. Поєднана травма не є простим підсумовуванням пошкоджень двох органів і більше, ці складові — лише формальна ознака поєднаної травми. Загальну реакцію організму на тяжку поєдану травму слід розглядати в сучасних умовах з позицій концепції про травматичну хворобу [4–6].

Однією з найбільш складних та нагальних проблем сучасної реконструктивної та відновної мікрохірургії є проблема ранньої діагностики пошкодження ПС. Незважаючи на сучасні досягнення науки, діагностика характеру, рівня пошкодження ПС, вибір оптимальної лікувальної тактики, з огляду на всі складові поєднаної травми, є складним завданням. Своєчасна діагностика травми ПС, кваліфіковане надання допомоги на різних етапах, вчасне раціональне диференційоване мікрохірургічне лікування дають можливість відновити як побутову, так і професійну працездатність у значній кількості хворих. Особливо складне для діагностики,

вибору лікувальної тактики закритого пошкодження ПС в поєднанні з ЧМТ [4–6].

Це потребує диференційної діагностики розладів рухів у верхній кінцівці — центрального чи периферійного типу паралічу. Наявність в структурі поєданого пошкодження ЧМТ (особливо тяжких форм) принципово міняє підхід до встановлення діагнозу закритої травми ПС. Відсутність активних рухів верхньої кінцівки, атонія, арефлексія, розлади чутливості є безперечними ознаками травми ПС. Проте, у потерпілих з закритим пошкодженням ПС в поєднанні з ЧМТ зазначені симптоми втрачають свою інформативність, особливо коли під час проведення аксіальної комп'ютерної (АКТ) чи магніторезонансної (МРТ) томографії головного мозку виявляють вогнища його забою, внутрішньочерепні гематоми які, начебто “пояснюють” патогенез монопарезу чи моноплегії верхньої кінцівки. Все це маскує клінічні прояви закритого ураження ПС в поєднанні з ЧМТ, і, як наслідок, зумовлює пізні встановлення діагнозу й початку відповідного лікування. А маючи на увазі те, що невідкладну допомогу потерпілим надають за місцем проживання або виникнення ДТП у районних та міських лікувальних закладах хірурги або травматологи, стає зрозумілим, чому більшість (66,7%) хворих з поєднаним пошкодженням ПС поступають для обстеження та лікування у віддалені строки після травми. Несвоєчасне встановлення діагнозу закритого пошкодження ПС у потерпілих з ЧМТ значною мірою зумовлене зменшенням хірургічної настороженості щодо можливого ураження ПС [1, 3–6, 8, 13].

Рання діагностика всіх складових поєднаної травми дозволяє значно покращити результати лікування потерпілих з закритим пошкодженням ПС. Цим пояснюється сучасна тенденція до комплексного обстеження хворого та об'єктивізації діагностичних прийомів (ехоенцефалоскопія, люмбальна пункція, мієлографія, АКТ, МРТ, електрофізіологічні методи діагностики), які, поряд з ретельним клінічним обстеженням, дозволяють поліпшити діагностику всіх компонентів поєднаної травми, уникнути діагностичних помилок або зменшити їх частоту [1, 2, 6, 7, 11, 12, 15, 17].

Мета дослідження — вивчити особливості клінічного перебігу закритого травматичного ураження ПС в поєднанні з ЧМТ; оцінити діагностичну цінність деяких симптомів та методів дослідження у диференційній діагностиці монопарезу-моноплегії верхньої кінцівки внаслідок поєднаної травми.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовані результати обстеження й лікування 348 потерпілих з закритим травматичним ураженням ПС за період з 1993 по 2003 р. в клініці відновної нейрохірургії. У 90 (25,9%) потерпілих травма ПС була поєднана з ЧМТ різної тяжкості. На час госпіталізації стан хворих, визначений за шкалою ком Глазго (ШКГ), оцінений в 15 балів.

Вік хворих від 14 до 64 років, у середньому 30,4 року, чоловіків було 77 (85,5%), співвідношення чоловіки/жінки — 5,9:1.

У 86 (95,5%) потерпілих з поєднаними ушкодженнями травма спричинена ДТП, у 33 (38,4%) з них — падінням з мотоцикла.

Під час обстеження хворих застосовані такі методи дослідження: загальноклінічне, неврологічне, рентгенографічне — МРТ, АКТ, електрофізіологічні.

Отримані під час обстеження клініко-статистичні результати оброблені з використанням програми Excel MS Office.

Результати та їх обговорення. Всі потерпілі, госпіталізовані в клініку, перебували в задовільному або середньої ступені тяжкості стані. Тяжкість стану зумовлена різними видами закритого травматичного ураження ПС.

З 90 хворих з закритим травматичним ураженням ПС в поєднанні з ЧМТ віком від 20 до 50 років було 70 (77,7%).

За поєднаного пошкодження травматичне ураження ПС праворуч відзначене у 37 (41%) потерпілих, ліворуч — у 53 (59%). Травматичне ураження ПС за типом Дюшенна-Ерба виявлене у 25 (27,8%) потерпілих, Дежерин-Клюмпке — у 2 (2,2%), тотальний варіант пошкодження — у 63 (70%) (рис. 1).

Результати проведених досліджень підтверджують думку більшості вчених про те, що для

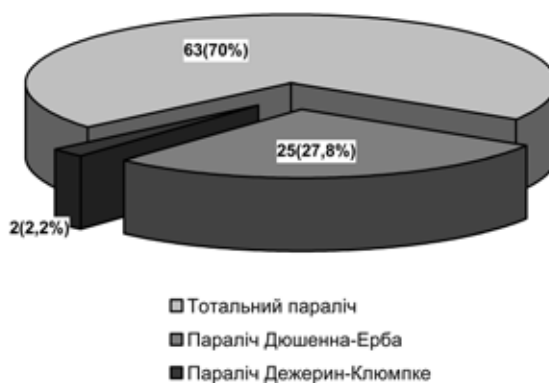


Рис.1. Співвідношення різних видів закритого пошкодження ПС при поєднаній травмі

вирішення питання щодо доцільності виконання оперативного втручання на ПС оптимальними строками 6–12 тиж після травми. В цей період дані клінічних та додаткових методів дослідження, проведених у динаміці, дозволяють об'єктивно визначити тяжкість ураження нервових стовбурів ПС, які свідчать про стійкий характер пошкодження [5–9].

Більшість (66,7%) хворих госпіталізовані із запізненням — через 3 міс і більше після травми (рис. 2), в тому числі через 3–12 міс — 49 (54,4%), через 1 рік — 11 (12,2%).

Необхідно зазначити, що тривалість періоду від моменту поєднаної травми ПС до госпіталізації в клініку залежала від тяжкості ЧМТ і становила у середньому: при струсі головного мозку — 4,8 міс, забої головного мозку — 7,1 міс, внутрішньочерепних гематомах, переломах кісток черепа — 9,1 міс.

Хворих з закритим травматичним ураженням ПС в поєднанні з ЧМТ госпіталізують до лікувальних закладів, як правило, в тяжкому стані — до 8 балів за ШКГ, з порушеною сві-

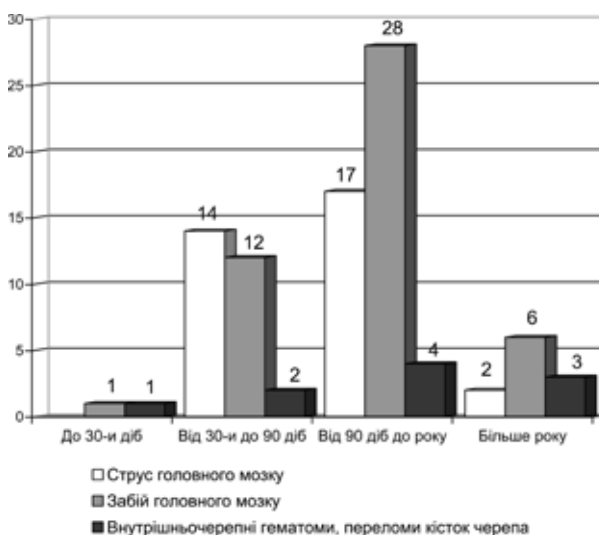


Рис.2. Строки госпіталізації хворих з закритим ураженням ПС залежно від тяжкості ЧМТ

домістю, клінічними ознаками травматичного шоку, вогнищевими неврологічними симптомами — монопарезом або моноплегією верхньої кінцівки, яка може бути проявом як пошкодження ПС, так і тяжкої вогнищевої травми головного мозку. З'ясування даних анамнезу та механізму травми може бути вирішальним під час встановлення діагнозу. У 86 (95,5%) потерпілих закрите пошкодження ПС в поєднанні з ЧМТ виникло внаслідок ДТП.

У 67 (74,4%) потерпілих з поєднаним пошкодженням під час госпіталізації відзначені тяжкий стан, порушення свідомості. Тяжкість стану зумовлена тяжким забоем головного мозку, наявністю внутрішньочерепних гематом та переломів кісток черепа (рис. 3), тому збирання даних анамнезу було складне. Варто зазначити, що втрата свідомості може бути наслідком не тільки ЧМТ, а й пошкодження ПС на прегангліонарному рівні, коли виникає відрив передніх та задніх корінців спинного мозку з ураженням моторних нейронів передніх рогів. При цьому виникає гідродинамічна хвиля спинномозкової рідини (СМР) з додатковим розтягненням та подальшим струсом спинного мозку [3].

Необхідно зазначити, що при травмі ПС в поєднанні з ЧМТ кількість симптомів, які безперечно свідчать про пошкодження ПС, менша. Проте, відсутність судом в кінцівці за генералізованого судорожного нападу може бути оцінена як парез кінцівки корінцевого генезу. Наявність рухів у верхніх кінцівках відразу після травми, з виникненням монопарезу або моноплегії, свідчить про параліч центрального типу [1, 5, 6].

Часто під час огляду у хворих з поєднаним закритим ураженням ПС на бічній поверхні шиї, в надключичній ділянці виявляли садна шкіри, крововиливи, а також повну відсутність рухів у кінцівці, арефлексію, атонію. Проте, такі самі клінічні прояви спостерігали у потерпілих з тяжкою ЧМТ за наявності внутрішньочерепних оболонкових і внутрішньомозкових гематом та втисненого перелому кісток черепа

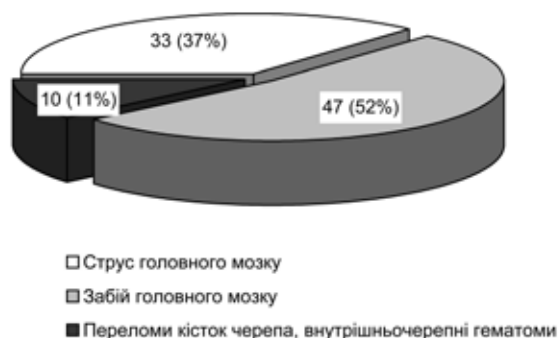


Рис. 3. Розподіл різних видів ЧМТ при поєднаній травмі ПС

з пошкодженням речовини мозку. Порушення свідомості часто супроводжувалось психомоторним збудженням, судорожними нападами. Якщо паретична кінцівка не брала участі у судорогах, припускали “периферійну” етіологію паралічу.

Клінічний перебіг пошкодження нервів має свої особливості, які необхідно мати на увазі під час діагностики. Порушення рухів є одним з найбільш важливих симптомів. Відсутність рухів, порушення чутливості та вегетативних функцій найбільш виражені відразу після ураження нерва. В подальшому, протягом деякого часу, навіть за умови повного розриву нерва й відсутності регенерації, всі порушення деякою мірою нівелюються. Порушення рухів у потерпілих з закритим ураженням ПС проявляються в’ялим паралічем м’язів нижче рівня пошкодження. Параліч м’язів супроводжується втратою сухожильних та окісних рефлексів. Рідко, як правило, при струсі нерва спостерігають не параліч, а парез м’яза. Практично в усіх хворих з ураженням ПС спостерігали різні вегетативні розлади (ангідроз, судинорухові прояви, набряк) у верхній кінцівці на боці пошкодження [1, 5, 6, 14].

Тяжким ускладненням при травматичному пошкодженні ПС є тривалий негмамовний біль у деаферентованій кінцівці, який у 65% хворих стійкий, виснажливий, в подальшому у 20–30% з них переходить у тяжкий хронічний біль, що спричиняє інвалідизацію і потребує хірургічного лікування. Виражений больовий синдром спостерігають у хворих при прегангліонарному відриві корінців ПС, особливо за тотального варіанту пошкодження ПС. Інтенсивний біль, який виникає в найближчі часи після травми і слабо піддається медикаментозному лікуванню, безпосередньо пов’язаний з травматичним пошкодженням ПС [3, 5, 6].

Обмеження рухів у шийному відділі хребта, що деякі автори розцінюють як менінгеальний синдром, при цьому виді пошкодження відображає не стільки подразнення мозкових оболонок, скільки рефлекторно-анталгічний захист травмованої ділянки ПС за його ізолюваного пошкодження.

Проведення люмбальної пункції у потерпілих з поєднаною травмою ПС необхідне. За ізолюваної закритої травми ПС СМР чиста. Проте, при тотальних варіантах прегангліонарного пошкодження в ній виявляють незначну кількість крові. За наявності в структурі поєднаного пошкодження тяжкої ЧМТ СМР інтенсивно забарвлена кров’ю [1, 4, 6].

Наведені клінічні симптоми, які включають патогномонічні для пошкодження ПС ознаки, не завжди дозволяють точно визначити рівень і характер травми ПС. Для з’ясування рівня та

ступеня пошкодження, за якого спостерігають глибокий монопарез або моноплегію кінцівки, необхідно застосовувати комплекс діагностичних методів. Ретельне клініко-неврологічне обстеження з застосуванням проби з гістаміном, АКТ, МРТ та електрофізіологічних методів діагностики дозволяє об'єктивізувати всі компоненти травми [1, 6, 7, 10, 14].

З моменту впровадження МРТ (R.R. Ernst, 1987) у практику медичних досліджень вона стала основним з сучасних методів діагностики. Головний і спинний мозок, нервові сплетення ідеально візуалізуються під час МРТ, що дозволяє визначити не тільки патологічні вогнища, а й структурні зміни у центральній та периферійній нервовій системі, як під час первинного обстеження, так і в динаміці [8, 16].

Метод АКТ дозволяє отримати зображення в аксіальній, сагітальній чи фронтальній площині. Проведення АКТ показано при припущенні про наявність ЧМТ з внутрішньочерепним пошкодженням та переломами кісток черепа. АКТ перевершує МРТ при діагностиці гострої ЧМТ і, у порівнянні з МРТ, більш швидкий, дешевий і в ряді ситуацій — доступний метод діагностики. Для діагностики травматичного пошкодження ПС МРТ винятково інформативна у порівнянні з іншими методами, оскільки дозволяє візуалізувати корінці ПС, виявити травматичне менінгоцеле. Особливою цінністю методу є можливість неінвазивної оцінки ступеня необоротності змін, що виникають у денервованих м'язах, вивчення динаміки відновлення функцій [8, 12, 16].

З спеціальних методів дослідження необхідно відзначити метод електрофізіологічної діагностики — електронейроміографію (ЕНМГ). Застосування різноманітних методик ЕНМГ дає можливість виявити рівень та оцінити тяжкість ураження нервів, що має важливе значення під час діагностики часткового пошкодження нервів та планування методу оперативного лікування. У хворих з закритим травматичним ураженням ПС в поєднанні з ЧМТ застосування електрофізіологічних методів дозволяє істотно оптимізувати та об'єктивізувати діагностику та лікування. Діагностичні алгоритми на доопераційному етапі за різних варіантів травми ПС у поєднанні з ЧМТ ґрунтуються на цілеспрямованому використанні, залежно від вираженості неврологічного дефіциту, певних методів стимуляційної ЕНМГ периферійних нервів, голкової внутрішньом'язової електроміографії [2, 6–8, 10, 16].

На основі узагальнення результатів аналізу клінічних та неврологічних симптомів та їх співставлення з даними додаткових методів обстеження хворого сформовано таблицю диференційної діагностики монопарезу (моноплегії)

верхньої кінцівки у хворих з закритою травмою ПС в поєднанні з ЧМТ (див. таблицю).

Отже, встановлення діагнозу закритого пошкодження ПС, отриманого в поєднанні з ЧМТ, базується на повному комплексному обстеженні потерпілого. Ретельне збирання даних анамнезу, детальне клініко-неврологічне обстеження, застосування АКТ, МРТ та електрофізіологічних методів діагностики дозволило значно поліпшити діагностику компонентів поєданого пошкодження, об'єктивізувати отримані дані, оптимізувати лікування. Комплекс сучасних електрофізіологічних методів діагностики є важливою складовою стандарту діагностики ураження ПС в поєднанні з ЧМТ. Застосування таблиці диференційної діагностики монопарезу (моноплегії) верхньої кінцівки у хворих з закритою травмою ПС в поєднанні з ЧМТ дозволяє покращити діагностику компонентів поєданого пошкодження.

Список літератури

1. Акимов Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней. — СПб: Гиппократ, 2000. — 165 с.
2. Гехт Б.М., Касаткина Л.Ф., Самойлов М.И., Санадзе А.Г. Электромиография в диагностике нервно-мышечных заболеваний. — Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1997. — 370 с.
3. Григорович К.А. Хирургическое лечение поврежденных нервов. — Л.: Медицина, 1981. — 302 с.
4. Григорьев М.Г. Сочетанная черепно-мозговая травма. — Горький: Волго-Вят. кн. изд-во, 1977. — 240 с.
5. Сулій М.М. Диференційоване мікрохірургічне лікування пошкоджень плечового сплетення: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.05; Ін-т нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМНУ. — К., 1997. — 29 с.
6. Цимбалюк В.І., Гайко Г.В., Сулій М.М., Страфун С.С. Хірургічне лікування ушкоджень плечового сплетення. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. — 212 с.
7. Чеботарьова Л.Л. Комплексна діагностика травматичних уражень плечового сплетення і периферичних нервів та контроль відновлення їх функцій: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 1998. — 32 с.
8. Чеботарьова Л.Л., Третяк І.Б. Інструментальні методи діагностики травматичних ушкоджень периферичних нервів та сплетень // Укр. мед. альманах. — 1999. — Т.2, №3 (додаток). — С.145–151.
9. Bahm J. Obstetric brachial plexus palsy-clinics, pathophysiology and surgical treatment // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. — 2003. — V.35, N2. — P.83–97.
10. Bertelli J.A., Ghizoni M.F. The towel test: a useful technique for the clinical and electromyographic evaluation of obstetric brachial plexus palsy // J. Hand Surg. Brit. — 2004. — V.29, N2. — P.155–158.
11. Bisinella G.L., Birch R., Smith S.J. Neurophysiological prediction of outcome in obstetric lesions of the

Таблиця диференційної діагностики монопарезу (моноплегії) верхньої кінцівки у хворих з поєднаним пошкодженням ПС

Показник		Закрита ізольована травма ПС	Вогнищева травма головного мозку (яка спричиняє монопарез, моноплегію верхньої кінцівки)
Дані анамнезу	Обставини травми	ДТП (падіння з мотоцикла)	Прямий удар по голові
	Наявність рухів у кінцівці	Відразу після травми відсутні за тотального паралічу ПС; при паралічу типу Дюшенна-Ерба зберігаються в дистальних відділах	Після травми зберігалися, у подальшому поступово зникли (внутрішньочерепна гематома); при забої головного мозку можуть бути відсутні відразу після травми
Клінічний огляд	Садна шкіри, крововиливи	На бічній поверхні шиї, в надключичній ділянці	Обличчя, волосиста частина голови
	Активні рухи в ураженій кінцівці	Відсутні	Є, хоча слабкі
	Тонус в ураженій кінцівці	Відсутній або значно знижений	Збережений (знижений, підвищений)
	Рухи в ураженій кінцівці за генералізованого судорожного нападу	Відсутні	Є
	Ангідроз на ураженій кінцівці	Виявляється	Не виявляється
	Судинорухові розлади в ураженій кінцівці	Виявляються	Не виявляються
	Больовий синдром	Виразений в ділянці шиї та поясі верхніх кінцівок	В ураженій кінцівці відсутній
	Рефлекси на ураженій кінцівці	Арефлексія	Торпідні або підвищені
Додаткові методи дослідження	Люмбальна пункція	СМР чиста (при прегангліонарному пошкодженні в СМР виявляють незначну кількість крові)	СМР забарвлена кров'ю
	АКТ	Патологічні зміни головного мозку не виявляють	Оболонкові гематоми, втиснені переломи кісток склепіння черепа, вогнища геморагічного забою мозку з контралатерального боку
	МРТ	Пошкодження структур ПС, в тому числі прегангліонарні	Виявляють оболонкові гематоми, втиснені переломи кісток склепіння черепа, вогнища геморагічного забою мозку з контралатерального боку. Структури ПС не пошкоджені
	ЕНМГ	Часткове або повне порушення провідності структур ПС	Порушення провідності структур ПС не виявляють

- brachial plexus // J. Hand Surg. Brit. — 2003. — V.28, N2. — P.148–152.
- Bowen B.C., Pattany P.M., Saraf-Lavi E. The brachial plexus: normal anatomy, pathology, and MR imaging // Neuroimag. Clin. N. Amer. — 2004. — V.14, N1. — P.59–85.
 - Millesi H. Surgery of post-traumatic brachial plexus lesions (personal approach in 2003) // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. — 2004. — V.36, N1. — P.29–36.
 - Narakas A.O. Muscle transposition in the shoulder and upper arm for sequels of brachial plexus palsy // Clin. Neurol. Neurosurg. — 1993. — V.95. — P.89–91.
 - Petit-Lacour M.C., Ducreux D., Adams D. MRI of the brachial plexus // J. Neuroradiol. — 2004. — V.31, N3. — P.198–206.
 - Ruhmann O., Schmolke S., Carls J. The brachial plexus lesion. Management, consequences of palsy and reconstructive operations // Orthopade. — 2004. — V.33, N3. — P.351–373.
 - Zaneteas P.D. Brachial plexus injuries and the electrodiagnostic examination // Curr. Sports Med. Rep. — 2003. — V.2, N1. — P. 7–14.

Сочетание повреждения плечевого сплетения и черепно-мозговой травмы.**Особенности диагностики и клинические признаки
Цымбалюк В.И., Дубина Г.И.**

Изложены результаты обследования 348 пострадавших с закрытым повреждением плечевого сплетения (ПС), у 90 из них — в сочетании с черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Диагностика характера, уровня повреждения ПС, выбор оптимальной лечебной тактики с учетом всех составных сочетанной травмы является сложной задачей. Сложность установления диагноза закрытого повреждения ПС в сочетании с ЧМТ обусловлена необходимостью дифференциальной диагностики нарушения движений в верхней конечности — центрального или периферического типа паралича. Изучены особенности клинических проявлений закрытого сочетанного повреждения ПС с оценкой значения симптомов и методов обследования. Разработана таблица дифференциальной диагностики монопареза (моноплегии) верхней конечности у больных с сочетанным повреждением ПС.

Combination damage of brachial plexus and craniocerebral trauma. Peculiarity of diagnostics and clinical symptoms**Tsybalyuk V.I., Dubyna G.I.**

Inspection results of 348 injured persons with the close brachial plexus injury, 90 from them — combined with craniocerebral trauma are given. Brachial plexus injury character and levels are diagnosed; the optimum medical tactics choice in a view of all mixed traumas to the present time remains difficult and complicated problem. Difficulties in diagnosis of brachial plexus close injury establishment in a combination with craniocerebral trauma consist of differential diagnostics pathogeneses infringements of top finiteness movements — the central or peripheral type of a paralysis. The clinical picture of brachial plexus closed injury peculiarities was investigated with an estimation of symptoms value and methods of inspection.

КОМЕНТАР

до статті Цимбалюка В.І., Дубини Г.І. "Поєднання ураження плечевого сплетення та черепно-мозкової травми. Особливості діагностики та клінічні ознаки".

В останні десятиріччя в хірургії плечевого сплетення досягнуті суттєві результати завдяки впровадженню нових діагностичних методів, що дають можливість виявляти необоротний характер пошкодження, а, відповідно, в більш короткі строки встановлювати показання до проведення хірургічного лікування; новітніх реконструктивних методик; використанню нових джерел для невротизації. Травматичне ураження плечевого сплетення, поєднане з черепно-мозковою травмою, є досить поширеною патологією, отже, особливості його діагностики та лікувальної тактики перебувають в центрі уваги широкого кола фахівців.

В роботі автори звертають увагу на особливості перебігу поєднаної травми плечевого сплетення та черепно-мозкової травми. Наведені статистичні дані свідчать про цікаву закономірність строків госпіталізації потерпілих для хірургічного лікування наслідків ураження плечевого сплетення. За ізольованого пошкодження плечевого сплетення потерпілих госпіталізують для нейрохірургічного лікування, як правило, через 2–3 міс після травми, хворі з поєднаною черепно-мозковою травмою та ураженням плечевого сплетення поступають для реконструктивного хірургічного лікування пізніше ніж через 7 міс. В той же час результативність хірургічного втручання з приводу травми плечевого сплетення суттєво залежить від строків з моменту пошкодження.

Основну увагу автори зосередили на ранній діагностиці всіх складових поєднаної черепно-мозкової травми з пошкодженням плечевого сплетення, оцінці інформативності клінічних симптомів та додаткових методів дослідження. Практичний інтерес викликає таблиця диференційної діагностики монопарезу верхньої кінцівки у хворих з поєднаною травмою.

*І.Б. Третяк, канд. мед. наук,
нейрохірург Відділення відновної нейрохірургії
Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України*