

## МОНИТОРИНГ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*А.М. Садыков, Е.Б. Адильбеков*

*АО «Республиканский научный центр нейрохирургии», г. Астана*

В нашем центре разрабатываются современные принципы комбинированного лечения отека головного мозга и внутричерепной гипертензии при тяжелой черепно-мозговой травме на основании on-line нейромониторинга и ауторегуляции мозгового кровотока, а так же изучение метаболизма головного мозга (микродиализ).

Повреждение головного мозга при ТЧМТ определяется не только первичным воздействием в момент травмы, но и от развития и действия вторичных повреждающих факторов, от чего зависит клинический прогноз и исход острого и отдаленного периодов травмы.

Мониторинг ВЧД проводится всем пациентам с ТЧМТ уровень сознания которых 9 баллов и ниже по ШКГ. Это позволяет адекватно мониторировать уровень ВЧД и проводить соответствующие лечебные мероприятия.

За 2011 год в отделении экстренной нейрохирургии АО «РНЦНХ» на лечении находилось 27 пациентов с ТЧМТ с уровнем сознания ниже 9 баллов по ШКГ, которым устанавливались датчики внутричерепного давления. Все пациенты поступали в экстренном порядке, возраст варьировал от 18-60 лет и операции проводились в ближайшие 1,5 часа. Пациентам проводились деком-

рессивные трепании черепа с пластикой ТМО и установка датчика внутричерепного давления. 4 пациентам устанавливались датчик внутричерепного давления, без краниотомии.

Из 27 пациентов: 1) 21 пациент выписаны в удовлетворительном состоянии с минимальным неврологическим дефицитом, 2) 2 пациента вышли из коматозного состояния в вегетативный статус, 3) к сожалению 4 пациентов спасти не удалось.

Наблюдение показало: 1) ВЧД без краниотомии поддерживалось в пределах 18-20 мм. рт. ст., при этом ЦПД варьировало 60-70 мм.рт.ст. 2) ВЧД при декомпрессии и с пластикой ТМО было на уровне 7-12 мм.рт.ст., где ЦПД поддерживалось в пределах 60-70 мм.рт.ст.

Если ВЧД в динамике увеличивалось, а вместе с ним уменьшались показатели ЦПД, то немедленно проводились мероприятия в виде поднятия головного конца стационарной кровати пациента на 30 градусов, медикаментозная седация, применение диуретиков, маннита. Если несмотря на проводимые мероприятия показатели ВЧД росли, то пациентам по жизненным показаниям проводилась декомпрессивная трепанация.