

**КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВЕНОЗНОГО ВОЗВРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНЫХ И ПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ***И.В. Хлебникова, Н.Г. Дуденкова, Д.И. Штадлер*

**Цель исследования** - комплексное исследование показателей венозного возврата в прогнозировании течения травматической болезни у пациентов с политравмой

Ближайший послеоперационный период у пациентов с изолированными и сочетанными переломами нижних грудных и поясничных позвонков после открытых и чрезкожных имплантаций транспедикулярных фиксаторов проходит в реанимационном отделении. Гипотетически - малоинвазивные вмешательства (ТПФ) у пациентов с сочетанными (торакальная травма) переломами нижних грудных, поясничных позвонков, как малоагрессивная операция с минимальной кровопотерей (80-120 мл), в сравнении с проводимыми открытыми агрессивными транспедикулярными вмешательствами, сопровождающимися кровопотерей до 600-800 мл, имеют несомненные преимущества. Для доказательства преимуществ ТПФ перед открытыми ТПФ мы применили общепризнанные тесты эффективности проводимой противошоковой терапии по интегральным показателям центральной и периферической гемодинамики - показателям линейных скоростей кровотока на трансдиафрагмальном участке нижней полой вены и по реографическому индексу венозного оттока. По данным Качесова В.А. (2007) показатель отношения линейных скоростей кровотока (ПОЛС) на трансдиафрагмальном участке нижней полой вены и реографический индекс венозного оттока (ВО) являются интегральными показателями нарушенных функций дыхания, центральной и периферической гемодинамики, коррелируют с количественной оценкой тяжести состояния по шкале АРАСНЕ-2 (достоверность этой шкалы не превышает 74%) и могут быть использованы вместо шкалы АРАСНЕ-2 для количественной оценки эффективности лечебных мероприятий у пострадавших с сочетанной травмой. Данную методику оценки венозного возврата у пациентов с политравмой мы применили в 5 случаях.

Пациенты с сочетанными повреждениями нестабильных переломов нижних грудных и поясничных позвонков с транкутанно имплантированными системами достигали компенсаторных (нормальных) показателей ПОЛС, РИ, ИЭ, ИПС и ВО в послеоперационном периоде в наиболее короткие сроки - на 2 сутки

в сравнении с пациентами контрольной группы, нормализация венозного возврата у которых наблюдалась на 4-5 сутки.

**Выводы.** Первый опыт комплексного (УЗДГ, РВГ) исследования венозного возврата у пациентов с политравмой (нестабильные переломы позвонков в сочетании торакальными поражениями) показывает перспективность данной методики для прогнозирования течения травматической болезни и интегральной оценки адекватности проводимой противошоковой терапии.

## **РОЛЬ МОНИТОРИНГА ВЧД В ПОСТРОЕНИИ ПРОГРАММЫ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*И.В. Хлебникова, Н.Г. Дуденкова, К.А. Чертков*

**Цель исследования** - оценка мониторинга ВЧД для коррекции терапии пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой

**Содержание работы**

Измерение ВЧД является наиболее широко используемым и ведущим инструментальным средством нейромониторинга у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой. Общепринято расценивать критическим уровнем повышения ВЧД величину 25-30 мм рт. ст., хотя клинический опыт демонстрирует отсутствие тесной связи между абсолютной величиной ВЧД и развитием дислокации мозга. Выделяют инвазивное и неинвазивное измерение ВЧД. Инвазивное измерение (внутрижелудочковое, субдуральное, эпидуральное, субарахноидальное и паренхиматозное) проводят при помощи фиброоптических, гидравлических и пневматических систем.

В своей практике мы применяли интрапаренхиматозные датчики Camino с проведением измерений на мониторе CODMAN в до и послеоперационном периоде у 7 пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. В своей практике мы выявили, что данные датчики имеют положительные и отрицательные свойства. Положительными свойствами являются: простота установки и калибровки, а отрицательными сторонами - дороговизна и хрупкость этих датчиков.

У 4 пациентов с ушибами вещества головного мозга тяжелой степени без объемных внутримозговых кровоизлияний мониторинг ВЧД при резистентности (ВЧД более 25 мм. рт. ст.) к проводимой корригирующей терапии по снижению ВЧД (маннитол с препаратами ГЭК) позволяло своевременно применять хирургическое декомпрессивное вмешательство - краниотомию, субвисочную декомпрессию. В 3 случаях показатели мониторинга ВЧД являлись основными критериями адекватности успешного лечения пациентов с тяжелой ЧМТ.

**Вывод.** Наш первый опыт мониторинга ВЧД у пациентов с тяжелой ЧМТ с применением интрапаренхиматозных датчиков показал неосценимую роль и значение данного вида мониторинга для реаниматолога и нейрохирурга в оперативном принятии решений у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой.