

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 parenхиматозное) проводят при помощи фиброоптических, гидравлических и пневматических систем.

В своей практике мы применяли интраparenхиматозные 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 внутричерепных 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 мониторингирования ВЧД являлись основными критериями адекватности успешного лечения пациентов с тяжелой ЧМТ.

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