

## Особливості проведення анестезії у хворих з важкою ЧМТ

*Белименко В.А., Бурлай В.З., Савченко Є.І., Дейніченко Ю.К.*

**Запорізький державний медичний університет,**

**Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя**

Основним завданням при проведенні анестезіологічного посібника у хворих із черепно-мозковою травмою є збереження центрального перфузійного тиску (ЦПД) не нижче 70 мм рт.ст. Із цією метою ми використовуємо принцип 3-Г (гіпертензія, гіперволемія, гемоділюція). Корекція гиповолемії у хворих з ЧМТ нами проводиться переважно кристалоїдами під контролем ЦВД по “правилу 5 – 2”.

Для профілактики регургітації, особливо в пацієнтів з рівнем свідомості нижче 8 балів по шкалі Глазго нами застосовується “індукція швидкої послідовності” (метод Селіка). При введенні інтубаційної трубки в трахею підвищується внутрічерепний тиск (ВЧД) і значно знижується мозковий кровообіг. Профілактика інтубаційного стресу проводиться внутрішньовенним введенням лідокаїну 1,5 мг/кг за 60 сек. до інтубації. Перед введенням сукцінілхоліна проводиться тест-доза недеполяризуючими міорелаксантами (ардуан, норкурон –1 мг внутрішньовенно).

Нами переважно використовуються анестетики короткого періоду напіввиведення (тіопентал натрію, пропофол, мідазолам, суфентаніл, реміфентаніл). Корекція ВЧД на етапах операції до розрізу твердої мозкової оболонки проводиться:

- манітолом (0,25 — 0,5 — 1,0 гр/кг внутрішньовенно капельно);
- внутрішньовенної інфузією лідокаїну в дозі 5 — 6 мг/кг/година;
- наприкінці операції внутрішньовенна інфузія L-лізіна есцинату в дозі 4,4 мг.
- ІВЛ у режимі гіпервентиляції тривалістю не більше 20 хв. з послідуєючим переходом на нормовентиляцію. Гіпервентиляція не повинна приводити до зниження  $PaCO_2$  нижче 30 мм рт. ст.

Застосування даної методики анестезії при проведенні ургентних нейрохірургічних втручань у 803 пацієнтів в 2003 р. і у 833 пацієнтів в 2004р. дозволило знизити післяопераційну летальність із 14,5% до 11,2 %.

**Висновки:** Представлений спосіб проведення анестезіологічного посібника у хворих із черепно-мозковою травмою дозволяє впливати на основні патогенетичні процеси в головному мозку при ЧМТ і є найбільш придатним для даної категорії хворих.

## Лікувально-діагностичні заходи при поєднаній тяжкій черепно-мозковій травмі

*Перцов В.І., Бурлай В.З., Івахненко Д.С., Дейніченко Ю.К., Савченко Є.І.*

**Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги,  
Запорізький державний медичний університет., м. Запоріжжя**

Проаналізовано результати лікування 5167 потерпілих із ЧМТ різної тяжкості в нейрохірургічному відділенні МКЛЕТашМ м. Запоріжжя за 2002–2004 рік. Поєднана ЧМТ була у 1716 потерпілих (33,2%). У 966 хворих спостерігалась поєднана тяжка ЧМТ: ушкодження грудної клітки і її органів — у 27%; ушкодження органів черевної порожнини — у 34%; ушкодження органів опозачеревного простору — у 7%; ушкодження опорно-рухового апарата — у 92%; хреботно-спинномозкова травма — у 2% хворих.

Тяжкість ушкодження головного мозку і сполучення її з іншими ушкодженнями, обумовили ускладнення травми шоком різного ступеня у 295 хворих (30,5%). У 20% спостереженнях поєднана ТЧМТ виявлялася глибоким порушенням свідомості та вітальних функцій. З приводу стиснення головного мозку оперовано 465 (48,1%) хворих, із приводу позачерепних ушкоджень — 895 (92,6%). Загальна летальність серед хворих із ЧМТ мала тенденцію до зниження: 2002 рік — 6,7%, 2003 рік — 5,6%, 2004 рік — 4,3%; післяопераційна летальність склала в 2002 році 14,5%, у 2003 році — 12,2%, у 2004 році — 12,1%.

Аналіз результатів лікування дозволив виділити ряд організаційних заходів госпітального етапу, що вплинули на позитивний результат поєднаної ТЧМТ:

- комплексна протишокова терапія у всіх випадках поєднаної травми з моменту надходження потерпілого;