

## 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<sub>2</sub> 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;

- огляд потерпілого з ТЧМТ не тільки нейрохірургом, але і суміжними фахівцями, для виключення інших ушкоджень, що мають загрозу життю;
- до пріоритетного варто віднести усунення гемо- і пневмотораксу, зовнішньої та внутрішньої кровотечі;
- проведення КТ головного мозку відразу з після надходження постраждалого або після проведення реанімаційних заходів;
- при відсутності можливості КТ головного мозку, проводити діагностичну трепанацію черепа в типових точках;
- проведення декомпресивної трепанації черепа можливо під час лапаротомії, торакотомії та операціях на кінцівках, відразу після стабілізації вітальних функцій.

## **Напрямки аналізу статистичних даних, як основного наукового методу у дослідженні епідеміології черепно-мозкової травми (ЧМТ)**

*Чміль Л. Р.*

**КМК ЛШМД м. Львова**

**Мета.** Окреслити напрямки обробки статистичного матеріалу по ЧМТ, виділити пріоритетні напрямки для аналізу цього виду травми в його епідеміологічному аспекті.

**Матеріалом** послужили статистичні дані. **Метод** полягав у всебічному розгляді та аналізі ЧМТ як нозологічної групи у статистично-епідеміологічному її аспекті.

**Результати.** Розглянувши ЧМТ як специфічну нозологічну групу та взявши до уваги існуючі підходи і методи обробки кількісних даних по ній, було окреслено ряд напрямків статистично-епідеміологічного аналізу ЧМТ: 1) нозологічний (структура ЧМТ за діагнозом, важкістю); 2) віковий; 3) соціальний (частота тих чи інших випадків ЧМТ серед різних соціальних груп); 4) за статтю; 5) географічно-часовий (або територіально-часовий) — кількісний аналіз за місцем і часом отримання травми (з урахуванням періоду доби, сезонності та ін. факторів) та виявлення корелятивних співвідношень між отриманими даними; 6) за характером травмуючого фактору (побутова, виробнича, кримінальна травма, травмування в ДТП, внаслідок епіпаду та ін.). Окремого розгляду вимагає так звана “п’яна” травма (отримана в стані алкогольного сп’яніння); 7) за методом лікування (хірургічно, консервативно); 8) аналіз ускладнень та наслідків. Слід зауважити, що пункти 7 та 8 стосуються в більшій мірі клінічного аспекту даної проблеми.

Пріоритетним при розгляді епідеміологічної ситуації по ЧМТ та найбільш результативним в плані розробки практичних рекомендацій щодо покращення надання нейрохірургічної допомоги населенню є територіально-часовий напрямок аналізу, який може бути використаним в будь-якому масштабі (місто, область, регіон, країна). Найкращих результатів, однак, слід очікувати при географічному охопленні “місто-область-регіон”.

**Резюме.** Окреслено ряд напрямків аналізу статистичного матеріалу по ЧМТ, виділено пріоритетний (територіально-часовий) напрямок як той, що дозволяє предметно досліджувати поширення ЧМТ в конкретно обраному місці та формулювати чіткі практичні рекомендації для покращення надання нейрохірургічної допомоги населенню.

## **Прогнозирование функциональных исходов хирургического лечения внутримозговых кровоизлияний в остром периоде черепно-мозговой травмы**

*Семисалов С.Я., Лях Ю.Г., Константинов В.С., Гурьянов В.В.*

**Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, г.Донецк**

Изучено 424 (341 — лица мужского пола и 83 — женского) наблюдения с травматическими внутримозговыми кровоизлияниями (ТВМК) в возрасте от 15 до 86 лет. Из них в 187 (44,1%) случаях проводилось оперативное вмешательство.

Для прогнозирования функциональных исходов оперативного лечения (согласно таблице исходов Глазго) были применены генетические алгоритмы, позволившие путем математической обработки выделить 5 наиболее информативных признаков.