

МОНИТОРИНГ И КОРРЕКЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО ПЕРФУЗИОННОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**Абдумуталов Самандар Рузикулович***Ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии Ташкентской медицинской академии.*

Аннотация. В этой статье обсуждается травма головного мозга, а также мониторинг и коррекция центрального перфузионного давления во время этого процесса.

Ключевые слова. Головной и спинной мозг, нейрохирургия, виды ЧМТ, симптом, инвалидность, медицина.

Травмы головного и спинного мозга остаются одной из наиболее актуальных проблем травматологии, нейрохирургии, неврологии и медицины в целом. Это обусловлено рядом причин – высокой частотой травматизма, высоким уровнем смертности, инвалидности и осложнений, а также распространенностью среди людей наиболее активного возраста, на что влияет социальный фактор. Ежегодно 1,5 миллиона человек во всем мире умирают от черепно-мозговых травм, а 2,4 миллиона человек становятся инвалидами. Травма головного и спинного мозга вызывает тяжелые неврологические заболевания (параличи, дисфункции тазовых органов и др.), что ограничивает самообслуживание, передвижение, социально-психологический статус.

Многие люди, получившие ту или иную травму, остаются инвалидами на всю жизнь. Именно такие пациенты нуждаются в адекватной, комплексной и постоянной реабилитации. Реабилитация таких больных способствует улучшению и развитию утраченных функций, адаптации к дефициту некоторых функций, умению компенсировать его другими методами, психологической и социальной адаптации больного. Необходимо знать и помнить, что комплексная реабилитация, начатая вовремя, способна максимально восстановить пациента.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к травме или повреждению головного мозга, вызванному внешней силой. Это может произойти по разным причинам, например, в результате автомобильной аварии, падения, спортивной травмы или физического насилия. Некоторые ключевые моменты о ЧМТ:

1. Виды ЧМТ: ЧМТ можно разделить на два типа: закрытую черепно-мозговую травму и проникающую черепно-мозговую травму. Закрытая травма головы возникает, когда мозг поврежден без проникновения в череп, а проникающая травма головы возникает, когда что-то проникает в череп и непосредственно повреждает мозг.

2. Симптомы: Симптомы ЧМТ могут варьироваться от легких до тяжелых и включать потерю сознания, головную боль, спутанность сознания, головокружение, проблемы с памятью, трудности с речью или пониманием, изменения настроения и физические нарушения.

3. Диагноз: Диагноз ЧМТ обычно основывается на полном неврологическом обследовании, сборе анамнеза и визуализирующих исследованиях, таких как компьютерная томография или МРТ. Эти тесты помогают оценить степень черепно-мозговой травмы и выявить связанные с ней осложнения.

4. Лечение. Лечение ЧМТ зависит от тяжести травмы. В легких случаях может потребоваться отдых, обезболивание и тщательный мониторинг. В умеренных и тяжелых случаях может потребоваться госпитализация, специализированная медицинская помощь и реабилитационная терапия для восстановления утраченных функций.

5. Осложнения: ЧМТ может быть связана с множеством краткосрочных и долгосрочных осложнений, включая когнитивные нарушения, изменения в поведении, судороги, двигательный дефицит и повышенный риск неврологических расстройств, таких как болезнь Паркинсона.

6. Профилактика. Принятие профилактических мер может значительно снизить риск ЧМТ. В профилактике ЧМТ важное значение имеют использование ремней безопасности, использование касок на работах с риском травм головы, соблюдение техники безопасности.

Если вы подозреваете ЧМТ, важно немедленно обратиться за медицинской помощью, поскольку своевременная диагностика и лечение могут оказать большое влияние на результат.

Мониторинг центрального перфузионного давления (ЦПД) необходим при лечении черепно-мозговой травмы (ЧМТ) для обеспечения адекватного притока крови к мозгу. Некоторые ключевые соображения по мониторингу ЦПД при ЧМТ:

1. Инвазивный мониторинг. Одним из способов мониторинга ЦПД являются методы инвазивного мониторинга, такие как мониторинг внутричерепного давления (ВЧД). Катетер вводится во внутричерепное пространство для измерения ВЧД. Затем ЦПД можно рассчитать путем вычитания ВЧД из среднего артериального давления (САД).

2. Неинвазивный мониторинг. Для оценки ЦПД также доступны неинвазивные методы. К таким методам относится транскраниальная доплерография, при которой измеряется скорость кровотока в сосудах головного мозга. ЦПД можно рассчитать по следующей формуле:
$$\text{ЦПД} = (\text{систолическое артериальное давление} - \text{внутричерепное давление}) / \text{скорость мозгового кровотока}.$$

3. Целевое ЦПД. Целевое ЦПД при лечении ЧМТ может варьироваться в зависимости от конкретного пациента и клинического контекста. В целом, ЦПД

следует поддерживать на уровне 60–70 мм рт. ст. для поддержания мозгового кровообращения.

4. Скорректировать ЦПД. Если ЦПД отклоняется от желаемого целевого диапазона, следует использовать меры для его коррекции. Это может включать оптимизацию артериального давления, контроль внутричерепного давления и обеспечение адекватной оксигенации. Такие вмешательства, как объемная реанимация или введение вазопрессоров, могут помочь нормализовать ЦПД.

5. Индивидуализированный подход. Лечение ХТБ должно быть индивидуализировано с учетом уникального состояния пациента и реакции на вмешательства. Для поддержания оптимальной перфузии головного мозга необходимы тщательный мониторинг и корректировка терапии.

Имейте в виду, что мониторинг ЦПД является важным компонентом лечения ЧМТ и должен проводиться в сочетании с другими клиническими оценками и визуализирующими исследованиями для определения подходящей стратегии лечения.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Белкин А.А., Зислин Б.Д., Инюшкин С.Н. и др. Цереброваскулярные эффекты искусственной вентиляции легких у больных с острой церебральной недостаточностью при наличии внутричерепной гипертензии. *Анест и реаниматол*, 2005;3:33-35.

2. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. СПб. 2002.

3. Гафуров Б.Г. Клиник неврология ва неврологик таълимнинг адоли соғлиғини сақлашдаги роли. ТошВМОИ 75 йиллиги юбилей конференцияси материаллари туплами. Тошкент, 2007; 74-75.

4. Гриппи М.А. Патопфизиология легких. М. Восточная книжная компания. 1997; 344.

5. Кассиль В.Л. Методы и режимы искусственной вентиляции легких у больных с длительной комой и в период выхода из нее. Реабилитация коматозных и посткоматозных состояний. М. 1992; 88-91.

6. Колесниченко А.П., Грицан А.И. Основы респираторной поддержки в анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Красноярск. 2000; 216.

7. Молчанов И.В. Принципы интенсивной терапии