Диагностика и лечение внутричерепной гипертензии при двойных поражениях

Кулдашев К.А., Ходжалиев. Ж.Т.,

Кулдашева Я.М., Иномова Г.К. , Расулов Ж.М.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Узбекистан, город Андижан, Андижанский

Государственный Медицинский Институт

За последние 5 лет (в период с 2016 по 2021г) в отделения нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи госпитализированы 315 пострадавшие с черепно-мозговой травмой. Среди этих больных синдром ВЧГ (внутричерепная гипертензия) развился у 178 (56,5% больных).

Основными критериями синдрома внутричерепной гипертензии служили: изменение памяти и внимания (91,8%), из них выраженные (32,9 %); отсутствие пульсации центральной вены сетчатки (89,5 %); снижение индекса вазомоторной реактивности до 64% , гидроцефалия по данным магнитно-резонансной или компьютерной томографии (61,8%), патологические типы электроэнцефалограмм (53,9 %). Дополнительные критерии: рентгенологические признаки (24,2 %), головная боль, сопровождающаяся тошнотой (23,7%), эпилептический синдром (14,5 %); застой на глазном дне (9,2 %).

Во всех случаях нарушения уровня сознания, иногда сочетающегося с острой респираторной или сердечной недостаточностью, при травматических повреждениях головного мозга оправданной считалось нейровизуализация, в частности МСКТ и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Мониторинг внутричерепного давления проводилось у больных с тяжёлой ЧМТ (3-8 баллов по Шкале Комы Глазго) с и без патологией на МСКТ (в последнем случаи при наличии хотя бы двух из следующих признаков: возраст старше 40 лет, наличие одно- или двусторонней децеребрации, систолическое АД < 90 mm Hg). При оценке данных КТ признаками ВЧГ считались компрессия охватывающей цистерны, компрессия желудочков, отсутствие субарахноидальных щелей, сглаженность борозд и извилин, смещение срединных структур.