

## **ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Проскуряков А.А.<sup>1</sup>, Цыган Н.В.<sup>1,2</sup>, Евтухов С.И.<sup>1</sup>, Никишин В.О.<sup>1</sup>,  
Чиж Г.А.<sup>2</sup>, Кудяшев А.Л.<sup>1</sup>, Литвиненко И.В.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>ВМедА им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,*

*<sup>2</sup>Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова, Гатчина*

Эпидемиология и факторы риска развития послеоперационной мозговой дисфункции существенно различаются в зависимости от ее клинического типа. Так, частота возникновения периоперационного ишемического инсульта у пациентов травматологического профиля составляет не более 0,4% и является наиболее низкой по сравнению с другими клиническими типами послеоперационной мозговой дисфункции. Риск развития острого нарушения мозгового кровообращения остается повышенным после операции в течение шести недель для ишемического инсульта и в течение двенадцати недель для геморрагического инсульта. Были выявлены ряд независимых факторов риска развития периоперационного инсульта у пациентов травматологического профиля, такие как: некоронарная сердечная болезнь в анамнезе, приоритет (срочность) операции, общая анестезия, интраоперационное нарушение сердечного ритма (фибрилляция предсердий) (Bateman V.T. et al., 2009). Предполагается, что причины развития периоперационного ишемического инсульта у пациентов травматологического профиля являются общими с таковыми при оперативных вмешательствах на других органах и системах, и связаны в первую очередь с коморбидной патологией, а также особенностями анестезиологического обеспечения в интраоперационном периоде. Особенностью патогенеза послеоперационной мозговой дисфункции в ортопедии может являться жировая и костномозговая церебральная эмболия, наиболее часто возникающая при применении цементной фиксации, но, несмотря на обнаружение жировых эмболов в средней мозговой артерии методом транскраниальной доплерографии у многих пациентов при эндопротезировании крупных суставов нижних конечностей, связь этого факта с развитием послеоперационной мозговой дисфункции до настоящего времени не изучалась. Также важным условием жировой и костномозговой церебральной эмболии является наличие дефектов межпредсердной или межжелудочковой перегородки.

Изменения системной и церебральной гемодинамики являются одной из главных причин развития послеоперационной мозговой дисфункции. По наблюдениям Щурова В.А. (2018), скорость мозгового кровотока период оперативного удлинения конечности ускоряется, а при проведении функциональной мышечной пробы снижается. Исследование пациентов с различной локализацией перелома костей позволила провести сравни-

тельный анализ влияния травмы конечности на перераспределение скорости мозгового кровотока. Чем больше масса поврежденного органа, тем больше реакция сосудодвигательного центра головного мозга, при этом чем проксимальнее (по отношению к головному мозгу) место повреждения, тем более выражена реакция мозгового кровообращения.

настоящее время в доступной медицинской литературе отсутствуют сведения о единой системе профилактики и диагностики периоперационного инсульта у пациентов травматологического профиля. В связи с тяжестью структурных и функциональных нарушений головного мозга, проблема периоперационного инсульта у больных травматологического профиля требует дальнейшего изучения в рамках выявления факторов риска, способов профилактики и ранней диагностики этого клинического типа послеоперационной мозговой дисфункции.