

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-17>

Ведение пациентов с ЧМТ и кровоизлиянием в боковые желудочки

В. Цымбалюк¹, кандидат медицинских наук,
С. Измалков², доктор медицинских наук, профессор,
Е. Кривощев², доктор медицинских наук, профессор,
А. Вавилов³, кандидат медицинских наук,
М. Молчанов⁴,

В. Романов⁵, доктор медицинских наук, профессор

¹Новокуйбышевская центральная городская больница

²Самарский государственный медицинский университет

³Самарская городская клиническая больница №1
им. Н.И. Пирогова

⁴Самарская областная клиническая больница
им. В.Д. Середавина

⁵Территориальный фонд ОМС Самарской области

E-mail: mpunkalfm@yandex.ru

Предложен и обоснован принцип лечения пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и кровоизлиянием в боковые желудочки головного мозга на фоне гипертензионного синдрома на основе данных, полученных в 3 сравниваемых группах пациентов с разными схемами лечения. Классическая схема модифицирована, к лечению добавлен прицельный транспорт препаратов на собственных эритроцитах. Подробно освещены тактика ведения и особенности течения заболевания у пациентов указанных групп.

Ключевые слова: нейрохирургия, сочетанная травма, кровоизлияние в боковые желудочки, хирургия крови.

Для цитирования: Цымбалюк В., Измалков С., Кривощев Е. и др. Ведение пациентов с ЧМТ и кровоизлиянием в боковые желудочки // Врач. – 2020; 31 (1): 79–81. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-17>

Среди основных причин летальности в раннем послеоперационном периоде оперированных пациентов с внутричерепной гематомой в разных клиниках и отделениях нейрохирургии фигурирует рецидив гематомы и отек мозга. Особого внимания заслуживают ситуации, вызывающие хирургическую настороженность и требующие экстренной повторной операции, – это рецидивы и формирование гематом в области вмешательства, прогрессирующий отек, вызывающий повышение внутричерепного давления, сдавление и дислокацию мозга [1, 2].

Нашей задачей было обосновать и внедрить наиболее эффективную тактику лечения пациентов с кровоизлиянием в боковые желудочки головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме (ЧМТ), осложненной гипертензионным синдромом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За 2013–2018 гг. в одной из центральных городских больниц Самарской области находились на лечении 302 пациента с кровоизлияниями в боковые желудочки при ЧМТ с гипертензионным синдромом. Из них — 154 больных в возрасте от 22 до 37 лет с одинаковой степенью тяжести травмы, до травмы были на постоянной курации с гипертензионным синдромом. Они составили 3 группы с разными схемами лечения.

При обращении пациентов осматривали нейрохирург и травматолог, проводилась компьютерная томография. При наличии данных, подтверждающих внутричерепную гематому, выполняли резекционную трепанацию черепа. Во время оперативных вмешательств диагностированы кровоизлияния в боковой желудочек. При наложении фрезевого отверстия в правой (65%) или левой (35%) височно-теменной области и резекции кости височно-теменной области на участке 8×9 см делали крестообразный разрез твердой мозговой оболочки и удаляли ликвор с кровью (в среднем 5 мл) из субдурального пространства. Мозг отечен, багрово-красного цвета. Проводилась пункция левого бокового желудочка. Из его полости удаляли около 22 мл ликвора с кровью в соотношении 1:1 под давлением. Отек мозга был купирован, установлен дренаж в субдуральное пространство с последующим удалением через 1 сут; рану ушивали. Далее пациенты находились в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где им проводилась специальная терапия.

В 1-ю группу вошли 63 пациента, которые получали традиционное лечение, — после трепанации боковой желудочек промывали в течение 5 дней (6 раз в сутки, через каждые 4 ч) через дренажную трубку специальным раствором: 100 мл водного раствора 0,02% нитрофурала с 10 000 МЕ гепарина натрия и 1500 мг цефуроксима. Несмотря на интенсивное лечение, у больных наступил летальный исход на 7–8-е сутки. Данные патологоанатомического исследования: мозг резко отечен, имеется борозда вклинения продолговатого мозга в большое затылочное отверстие, в левом боковом желудочке — большое количество ликвора с кровью.

Больным 2-й группы (n=44) были выполнены стандартная трепанация, дренирование и санация бокового желудочка. В ОРИТ проводилась специальная терапия — насыщение и смешивание аутокрови с лекарственными растворами и возвращение ее в кровеносную систему пациента. Из взятой у больного крови — 50 мл — центрифугированием выделяли эритроциты, отмывали от плазмы в 0,9% изотоническом растворе натрия хлорида, перемешивали с 600 мг пираретама и возвращали в кровеносное русло пациента. Курс данной терапии составлял 10 дней (через 2 дня 1 раз в сутки) [4]. В результате лечения получен положительный эффект, летальных исходов не было, посттравматическая энцефалопатия была выражена слабо у 70% пациентов и отсутствовала у 30%.

В 3-й группе (n=47) также проводилось классическое лечение (больные находились на искусственной вентиляции легких — ИВЛ — в условиях ОРИТ) и в дополнение к нему — специальная терапия: из 50 мл аутокрови выделяли эритроциты путем центрифугирования, отмывали от плазмы в 0,9 % изотоническом растворе натрия хлорида. Затем эритроциты перемешивали с 4 мг дексаметазона фосфата, после чего полученный раствор возвращали в кровеносную систему пациента [3, 4]. Продолжалось интенсивное посиндромное лечение в условиях ОРИТ ИВЛ, санация левого бокового желудочка через каждые 5 ч. В среднем на 4–6-е сутки после операции для улучшения санации трахеобронхиального дерева и принимая во внимание обильное выделение мокроты, а также бессознательное состояние, выполняли нижнесрединную трахеостомию. На 6–8-е сутки у больных появились симптоматика спонтанного дыхания, реакция на грубые раздражители и громкую речь, при дальнейшей санации происходило сокращение геморрагических выделений, вплоть до полного их прекращения. С учетом полученной положительной клинической картины дренаж из бокового желудочка удаляли.

После выписки больные проходили комплексное дообследование и лечение в дневном стационаре, продолжавшееся до полугода (курсами через 2 мес).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Во 2-й и 3-й группах к 9–10-м суткам пациенты находились в сознании и были переведены на самостоятельное дыхание. К сожалению, из-за длительного отсутствия сознания, несмотря на интенсивное лечение в условиях ОРИТ, у 7 больных 2-й группы появились пролежни в области крестца. У 6 пациентов 2-й группы в области дренажных трубок сформировались ликворные свищи, которые через 7–9 дней закрылись. Далее пациентов активизировали с помощью симптоматической и восстановительной терапии. Трахеостомы были удалены, свищи ликвидированы. Пациенты выписаны в стабильном удовлетворительном состоянии.

Ранний реабилитационный период лучше протекал в 3-й группе пациентов. В течение 4 мес после оперативного лечения проводились курсы реабилитации на базе дневного стационара, а также амбулаторное лечение под наблюдением невропатолога и нейрохирурга поликлиники. Во 2-й группе пациентов провели 2-недельное лечение в стационаре и 2 нед — в поликлинике. Отметим, что в этой группе пациентов (при совмещении предложенного метода и курса консервативной терапии в дневном стационаре) наблюдалась лучшая динамика течения реабилитационного периода с меньшими затратами. Количество дней нетрудоспособности уменьшилось до 5 сут.

Таким образом, основываясь на данных, полученных в Центральной городской больнице Новокуйбы-

шевска, при лечении пациентов с кровоизлиянием в боковые желудочки при тяжелой ЧМТ, осложненной наличием гипертензионного синдрома, можно с уверенностью сделать вывод, что дренирование бокового желудочка и промывание полостей через каждые 5 ч в течение 8 сут специальным раствором в сочетании с ИВЛ и интенсивной терапией, а также применение методик насыщения крови лекарственными препаратами (дексаметазона фосфат или пирацетам) в сочетании с пребыванием в дневном стационаре сокращает сроки лечения, восстановительный период. Полученный эффект, превосходящий результаты классического метода лечения, уменьшает финансовые затраты и обеспечивает возможность благоприятного прогноза не только жизни как таковой, но и здоровья.

Конфликт интересов отсутствуют.

XIV Всероссийская научно-практическая конференция «Ганглиональная фармакотерапия в урологии – 2020»
6–7 февраля 2020 г.
Москва, ул. Пренинская, 16, Центральный дом ученых РАН

Эксперты из России и зарубежных стран проведут лекции, школы и поделятся своим опытом медикаментозных методов лечения урологических заболеваний.

В работе конференции примут участие главные урологи стран СНГ, иностранные докладчики – председатель ESO Флориан Ваггеленнер (Германия), Джамолтур Алиджанов (заведующий АССУ, Узбекистан) и ведущие отечественные эксперты.

Конференция будет аккредитована в системе непрерывного медицинского образования (НМО). Каждый участник конференции получит сертификат и соответствующие баллы.

Спонсоры конференции:
Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ «НИИ урологии и профилактических заболеваний» им. П.А. Эрассова – филиал ФГБУ «НМИИ урологии» Минздрава России
Российская Федерация
Международный институт урологии и андрологии им. академика РАН (НИИУРА)

Партнеры:
ИП «Самара» и международный университет им. И.А. Мухоморова – филиал ФГБУ «НМИИ урологии» Минздрава России
191025, Москва, 3-я Парковая ул., д. 33
Тел.: +7(495) 164-77-03

Получите участие
Участие для врачей бесплатно
Самостоятельно зарегистрируйтесь – 1 февраля 2020 г.
Об участии расскажут на тематической лекции
А также на семинаре-обучении в комплексе АМБ «Информационный Мульти-Центр»
Тел.: +7(495) 278-29-05
e-mail: info@ambcenter.ru



Литература/Reference

1. Цимбалюк В.В., Кривошеков Е.П., Наумова В.В. Опыт хирургического лечения кровоизлияний в боковые желудочки при черепно-мозговой травме у пострадавших с гипертензионным синдромом // Аспирантский вестник Поволжья. – 2012; 1–2: 216–9 [Tsybalyuk V.V., Krivoshechekov E.P., Naumov V.V. Surgical treatment experience of hemorrhage in lateral ventricles at a craniocerebral trauma in patients with hypertension syndrome // Aspirantskiy vestnik Povolzh'ya. – 2012; 1–2: 216–9 (in Russ.)].
2. Цимбалюк В.В., Кривошеков Е.П., Красильников А.Ю. Хирургическое лечение хронических субдуральных гематом. Актуальные вопросы военной медицины. Сб. тез. и статей 42-й итоговой научно-практ. конф. научно-педагогического состава Самарского военно-медицинского института / Самара, 2009; с.169–71 [Tsybalyuk V.V., Krivoshechekov E.P., Krasil'nikov A.Yu. Khirurgicheskoe lechenie khronicheskikh subdural'nykh gematom. Aktual'nye voprosy voennoi meditsiny. Sb. tez. i statei 42 itogovoi nauchno-prakt. konf. nauchno-pedagogicheskogo sostava Samarskogo voenno-meditsinskogo instituta / Samara, 2009; s.169–71 (in Russ.)].
3. Бякин С.П., Пиксин И.Н., Федосейкин И.В. и др. Трансфузиологические операции в клинической медицине / М.: Наука, 2006 [Vyakin S.P., Paksin I.N., Fedosejkin I.V. et al. Transfuziologicheskie operacii v klinicheskoy medicine / M.: Nauka, 2006 (in Russ.)].
4. Климов А.Н., Денисенко А.Д., Константинов В.О. и др. Экстракорпоральная гепариновая криоплазмопреципитация (ЭКП) – метод удаления иммунных комплексов и других атерогенных субстанций у больных атеросклерозом. Тез. докл. Всерос. конф. «Сорбционные, электрохимические и гравитационные методы в современной медицине» / М., 1999; с. 48–9 [Klimov A.N., Denisenko A.D., Konstantinov V.O. i dr. Ekstrakorporal'naya geparinovaya krioplazmoprecipitatsiya (EGKP) – metod udaleniya immunnykh kompleksov i drugikh aterogennykh substansii u bol'nykh aterosklerozom. Tez. dokl. Vseros. konf. «Sorbtsionnye, elektrokhimicheskie i gravitatsionnye metody v sovremennoi meditsine» / M., 1999; s. 48–9 (in Russ.)].

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HEAD INJURY AND BLEEDING INTO THE LATERAL VENTRICLES

V. Tsybalyuk¹, Candidate of Medical Sciences; Professor S. Izmalkov², MD; Professor E. Krivoshechekov², MD; A. Vavilov³, Candidate of Medical Sciences; M. Molchanov⁴; Professor V. Romanov⁵, MD

¹Novokuibyshevsk Central City Hospital

²Samara State Medical University

³N.I. Pirogov Samara City Hospital One

⁴V.D. Seredavin Samara Regional Clinical Hospital

⁵Territorial Fund of Compulsory Health Insurance of the Samara Region

The authors have proposed and justified the principle of treatment for patients with severe head injury and bleeding into to the lateral ventricles of the brain in the presence of hypertensive syndrome, by using the data obtained in 3 compared groups of patients receiving different treatment regimens. The classical regimen has been modified; the treatment has been added by the use of auto-erythrocytes for targeted drug transport. The management tactics and the features of the course of the disease in patients of the above groups are described in detail.

Key words: neurosurgery, concomitant injury, bleeding into the lateral ventricles, blood surgery.

For citation: Tsybalyuk V., Izmalkov S., Krivoshechekov E. et al. Management of patients with head injury and bleeding into the lateral ventricles // Vrach. – 2020; 31 (1): 79–81. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-17>