

Дифференцированное лечение тяжелых очаговых ушибов головного мозга

Гуранда Виорел

Клиническая Городская Больница г. Бельцы,
отделение нейрохирургии,
Молдова, 3100, г. Бельцы, ул. Дечебал, 101,
тел. 0373 690-55329 факс: 0373 231-72703
viorel_guranda@mail.ru

Цель исследования. Определения критериев и тактики лечения тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации, которые бы обосновали их консервативное либо оперативное лечение.

Материалы и методы. Из нашего банка данных по тяжелой черепно-мозговой травме проанализировано 28 комплексно обследованных и верифицированных наблюдений пострадавших с тяжелыми очаговыми ушибов головного мозга лобной и височной локализации, прошедших лечение в отделении нейрохирургии Клинической Городской Больницы г. Бельцы.

Критериями отбора служили данные КТ в динамике, свидетельствующие о том, что ведущими слагаемыми тяжелой ЧМТ являлись тяжелые очаги ушибов головного мозга лобной и височной локализации.

Распределение пострадавших по возрасту было достаточно типичным для черепно-мозговой травмы, в возрасте от 41 до 50 лет (28%), как и соотношение мужчин и женщин-4:1. Распределение тяжелых очаговых ушибов головного мозга по долевой локализации: лобная доля — 50%, височная доля — 25%, множественные — 25%. 14 пострадавших было прооперировано, а 14 вели консервативно. Распределение наблюдений по тяжести состояния и характеру лечения: 13—15 балл. ШКГ, оперативное лечение 2(7%), консервативное ведение 9(32%), всего 11(39%); 9—12 балл. ШКГ, оперативное лечение 7(25%), консервативное ведение 4(14%), всего 11(39%); 3—8 балл. ШКГ, оперативное лечение 5(17%), консервативное ведение 1(3%), всего 6(21%); всего оперативное лечение 14(50%), консервативное ведение 14(50%), всего 28(100%).

Результаты и их обсуждения. Представлены исходы тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации в зависимости от характера лечения по шкале исходов Глазго. Хорошее восстановление: оперированные 4(14%), неоперированные 9(32%). Умеренная инвалидизация: оперированные 3(10%), неоперированные 3(10%). Грубая инвалидизация: оперированные 1(3%), неоперированные 1(3%). Вегетативный статус: оперированные 0(0%), неоперированные 0(0%). Смерть: оперированные 6(21%), неоперированные 1(3%).

Сравнивая результаты лечения пострадавших при хирургическом вмешательстве и при консервативном ведении, видим, как значительны возможности и эффективность медикаментозного воздействия при тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации.

Выводы. Анализируемые наблюдения, когда при ведении пострадавших с тяжелыми очаговыми ушибами головного мозга лобной и височной локализации стали строже придерживаться предложенных критериев дифференцированного лечения, показали положительную динамику результатов.

Результати впровадження протоколів лікування тяжкої черепно-мозкової травми з позицій доказової медицини (аналіз летальності та якості життя хворих)

Дзяк Л. А., Зорін М. О., Сірко А. Г.,
Гришин В. І.*, Дудукіна С. О.*,
Халімончик В. В.*, Магала Н. С.*

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня
ім. І. І. Мечникова*, Дніпропетровськ,
пл. Жовтнева 14, 49005,
8-0562-7135113, neurosirko@ua.fm

Мета. Вивчити вплив застосування протоколів діагностики та лікування, що базуються на доказовій медицині, на летальність та якість життя хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ).

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 2-х груп хворих з ТЧМТ, що знаходились на лікуванні у відділенні нейрореанімації Дніпропетровської обласної клінічної лікарні. Критерії включення хворих в дослідження були наступними: хворі з ізольованою черепно-мозковою травмою з субдуральними гематомами та/чи внутрішньо-мозковими вогнищевими ураженнями в перші 24 години з моменту травми при рівні свідомості 4—7 балів за шкалою ком Глазго (ШКГ), вік хворих до 60 років. У дослідження не були включені хворі, що мали хоча б один з наступних критеріїв: двосторонній фіксований мідріаз, інтраопераційне сплучування мозку, середній артеріальний тиск < 90 мм. рт. ст., SaO₂ < 93%.

Основну групу склали 20 проспективно досліджених хворих, що знаходились на лікуванні в 2006—2007 році. Цим хворим проводився мультимодальний фізіологічний моніторинг, що включав: моніторинг внутрішньочерепного тиску (ВЧТ), церебрального перфузійного тиску (ЦПТ), мозкового кровотоку методом транскраніальної доплерографії, моніторинг основних життєво важливих показників організму та газів крові. Лікування хворих даної групи проводилось відповідно до сучасних рекомендацій по лікуванню ТЧМТ (Management and prognosis of severe traumatic brain injury, 2000, updates 2003; Guidelines for the surgical management of traumatic brain injury, 2006).

Вимірювання ВЧТ проводилось паренхіматозними та вентрикулярними датчиками монітором ICP Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg). Метою інтенсивної терапії хворих основної групи було досягнення кінцевих показників: ВЧТ менше 20 мм. рт. ст., ЦПТ 70 мм. рт. ст., SaO₂ 99 — 100%, PO₂ в артеріальній крові не менше 150 мм. рт. ст., PCO₂ в артеріальній крові 36—42 мм. рт. ст.

Кожному хворому з основної групи ретроспективно (2004—2005 роки) підібрана пара — хворий з відомим катамнезом та аналогічними характеристиками: віком, рівнем свідомості за (ШКГ), результатами комп'ютерної томографії (контрольна група). Обстеження та лікування хворих даної групи проводилось відповідно до існуючих на той час методичних рекомендацій.

Результати лікування оцінені за п'ятиступінчатою шкалою виходів Глазго через 3 місяці з моменту травми (Jennett B, Bond M. «Assessment of outcome after severe brain damage», Lancet 1975).