

## 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 Больнице г. Бельцы.

Критериями отбора служили данные КТ в динамике, свидетельствовавшие 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., SaO<sub>2</sub> < 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., SaO<sub>2</sub> 99 — 100%, PO<sub>2</sub> в артеріальній крові не менше 150 мм. рт. ст., PCO<sub>2</sub> 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).

**Результати та їх обговорення.** В контрольній групі отримані наступні результати: померло 8 хворих (40%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 7 хворих (35%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 5 хворих (25%). В основній групі померло 4 хворих (20%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 5 хворих (25%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 11 хворих (55%).

**Висновки.** Застосування мультимодального фізіологічного моніторингу (в першу чергу ВЧТ, ЦПТ, газу крові) і проведення терапії, відповідно до існуючих протоколів, дозволяє досягти значного зменшення летальності і покращення функціональних виходів при лікуванні хворих з ТЧМТ.

### Вплив нейропротекторної інтенсивної терапії на якість життя хворих після тяжкої нейротравми

Клигуненко О. М., Дзяк Л. А., Зозуля О. О.

ДДМА (вул. Дзержинського, буд. 9, м. Дніпропетровськ, 49044; тел. 8056-713-53-08, E-mail: dzyak\_la@dsma.dp.ua)

**Мета.** Вивчити вплив різних варіантів нейропротекторної терапії на якість життя хворих через 2,5—3 роки після ТЧМТ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 65 хворих чоловічої статі, 22 — 55 років, рівень свідомості — не більш 7 балів за ШКГ, середня тривалість коматозного періоду  $8,5 \pm 1,7$  діб. За видом нейропротекторної інтенсивної терапії хворих було розподілено на 3 групи. I група (16 хворих) мала фармакометаболічний захист мозку комбінацією тіопенталу натрію та ГОМКу. В II групі (29 хворих) до вказаних препаратів з 3-ї доби додавали курс гіпербаричної оксигенації (ГБО). Хворим III групи (20 чоловік) вищезазначену терапію поєднували з перфтораном. У віддаленому періоді вивчали рівень соціально-трудової адаптації, неврологічний статус, ЕЕГ, мнестичні функції, працездатність.

**Результати.** У пацієнтів всіх груп виявлено астено-невротичний синдром. У I групі повна трудова адаптація відновилася у 50% обстежених, близько 30% мали II або III групу інвалідності. Розсіяна неврологічна симптоматика виявлена у 8 хворих, у 5 хворих — вогнищеві симптоми. На ЕЕГ — стертість регіонарних кордонів ритміки, зниження реактивності зі зменшенням амплітуди та регулярності  $\alpha$ -ритму. Короткотермінова пам'ять знижувалася на 39,9% при 100% збереженні зорової. Швидкість орієнтовно-пошукових рухів знижувалася на 47,3%, увага — на 8,6%, працездатність — більше ніж вдвічі. У II групі соціально-трудова адаптація відновилася у повному обсязі в 79%, III група інвалідності — у 21%. У 68% обстежених виявлено розсіяну неврологічну симптоматику, але вогнищеві симптоми приєднувалися до неї лише у 7,5%. На ЕЕГ виявлено ознаки дисфункції дієнцефально-стовбурових відділів. При цьому виявлено зниження короткострокової пам'яті на 14,5%, при 100% збереженні зорової, зменшення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 22,9%, уваги — на 7,4%, працездатності — на 1/3 від норми. Серед хворих III групи соціально-трудова адаптація повністю відновилася у 71% випадків, II та III групи інвалідності — у 29%. 71% обстежених мав розсіяну неврологічну симпто-

матику, до якої у 29% приєднувалася вогнищева. У половини обстежених на ЕЕГ виявлена стертість регіонарних кордонів. Виявлено зниження короткострокової пам'яті на 28,9%, при 100% збереженні зорової, вповільнення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 16,9%, при повному відновленні уваги та зниженні працездатності всього на 15%.

**Висновки:** 1. Інтенсивна терапія гострого періоду ТЧМТ повинна включати нейропротекцію.

2. Для підвищення відповідності між потребою клітин головного мозку у кисні та його постачанням нейропротекція повинна зменшувати інтенсивність обмінних процесів у клітинах (наприклад, барбітурати), забезпечувати пряме збільшення постачання  $O_2$  (ГБО, перфторан) та захищати мембрану клітин від руйнівного впливу гіпоксії.

### Оценка качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей

Дядечко А. А.

Институт нейрохирургии  
им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,  
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru

**Целью** работы является определение критериев качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей в зависимости от времени ее выявления и проводимого лечения.

**Материалы и методы.** Анализировано 224 случая посттравматической назальной ликвореи. Катамнез составил от 1 до 3 лет. Качество жизни оценивалось по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale).

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных истечение жидкости появилось в первые две недели после травмы, диагноз ликворея установлен в различные сроки с момента возникновения. В 164 случаях ликворея выявлена в первые дни после травмы, в 60 случаях — в сроки от 1 до 3 лет с момента возникновения.

В первой группе оперативное вмешательство проведено только в 5% случаев. У большинства больных с успехом использовалось консервативное лечение согласно разработанной в клинике схеме, а также по показаниям — длительное люмбальное дренирование. Воспалительные осложнения отмечались только у 2 из 164 больных.

По шкале исходов Глазго хорошее восстановление отмечалось в 50% случаев, умеренная инвалидизация — в 45%, грубая ивализация — в 5%.

Во второй группе хирургическое вмешательство потребовалось в 100% случаев, менингиты и менингоэнцефалиты возникли у 46 из 60 больных. В послеоперационном периоде всем больным устанавливали длительный люмбальный дренаж, больные получали консервативное лечение по схеме до 3 месяцев с рекомендацией соблюдать щадящий режим с исключением физических нагрузок до 3 лет. В большинстве случаев отмечалась грубая и умеренная инвалидизация. К прежней жизни вернулось 10% больных.

**Выводы.** 1. Отмечается прямая зависимость качества жизни пациентов с посттравматической назальной ликвореей от длительности заболевания