

Міждисциплінарні аспекти оцінки якості життя хворих

Сравнительная оценка эффективности различных методов краниocereбральной гипотермии

Акмалов А.С., Шаматов А.Ш.

Республиканский научный Центр нейрохирургии, кафедра анестезиологии и реаниматологии ТМА, Республика Узбекистан, 100000, Ташкент, ул. Каблукова, 5, katiev@bcs.com.uz

Целью нашей работы явилось изучение эффективности различных методов КЦГ.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 41 больной тяжелой ЧМТ. Все больные поступали в коматозном состоянии (по ШКГ ≤ 8). Больные условно были разделены на 2 группы. Первая группа 21 больной, которым проводили традиционную КЦГ с обкладыванием головы пузырями со льдом, вторая группа 20 больных, которым применяли предлагаемый нами метод экстракорпоральной КЦГ, т.е. кровь забирали из бедренной артерии, пропускали через теплообменник и охлажденную кровь с помощью роликового насоса вводили в сонную артерию. Температуру измеряли с помощью электронного термометра — в прямой кишке, в наружном слуховом проходе и в эпидуральном пространстве, куда термодатчик имплантировали через фрезевое отверстие. Исследовали в артериальной и оттекающей из мозга крови перекисное окисление липидов (МДА), лактат, пируват, pO_2 , pCO_2 , pH.

Результаты исследования. Результаты наших исследований показали, что у больных 1 группы температура головного мозга снижается очень медленно. Температурная разница между головным мозгом и телом не превышала $1,0^\circ C$. У больных 2 группы через 10—12 мин от начала сеанса отмечалось снижение температуры в эпидуральном пространстве до $30^\circ C$, а температурная разница между головным мозгом и прямой кишкой составляла $4—5^\circ C$. С помощью этой методики нам удалось снизить температуру мозга до $27^\circ C$, при этом температура тела оставалась не ниже $32^\circ C$.

На фоне перфузионной КЦГ наблюдалось улучшение кислородного баланса мозга, а также снижение длительности коматозного состояния, отмечалось уменьшение неврологического дефицита по сравнению с больными 1 группы.

Заключение. Охлаждение головного мозга через наружные покровы головы мало эффективно. Применение предлагаемой нами экстракорпоральной методики КЦГ приводит к быстрому и более эффективному снижению температуры мозга. У больных отмечается уменьшение длительности комы, что в свою очередь приводит к снижению койка дней в реанимации и в стационаре. А так же уменьшению неврологического дефицита у больных тяжелой ЧМТ, что несомненно отражалось на качестве жизни пострадавших.

Анализ эффективности применения способа ранней реабилитации в остром периоде повреждения головного мозга у нейрореанимационных больных

Благоразумова Г.П., Руслякова И.А., Иванова Н.Е., Соколова Ф.М., Джабарова Л.Б., Фадеева Т.Н., Олюшин В.Е., Руслякова И.А.

ФГУ Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург, 191104, ул. Маяковского, 12, 273-80-67, e-mail fed@admiral.ru.

Раннее восстановление нарушенных стволовых функций в остром периоде повреждения головного мозга определяет тяжесть течения и исход заболевания. Существующие методы лечения способны лишь корректировать витальные функции до определенных пределов, пролонгируя время до восстановления саморегуляции диэнцефальных и каудальных отделов ствола мозга. Предлагаемый оригинальный способ ранней реабилитации позволяет осуществить неспецифическую активацию стволовых структур в целом, с возможностью тренинга двигательных рефлекторных актов стволового уровня, в том числе акта дыхания.

Целью исследования стала оценка эффективности применения оригинального способа ранней реабилитации у больных в остром периоде повреждения головного мозга.

Проведен анализ результатов лечения 115 больных с выраженными нарушениями сознания (сопор — кома I) в фазе субкомпенсации стволовых структур головного мозга. У 60 больных основной группы использован оригинальный способ коррекции стволовых дисфункций, в максимально ранние сроки, базирующийся на рефлексотерапевтическом воздействии на аккупунктурные точки лица и воротниковой зоны в сочетании со специальной методикой, восстанавливающей двигательные рефлекторные акты стволового уровня.

На фоне применения способа в основной группе уже к 3—5 суткам отмечали тенденцию к стабилизации диэнцефальных функций, различия между группами по уровню сознания, восстановлению спонтанного дыхания, функции глотания достоверно возрастали, в пользу основной группы больных. Анализ клинически значимых осложнений выявил увеличение числа нейродистрофических осложнений в контрольной группе, по сравнению с основной. По шкале исходов Глазго средний балл у больных основной группы при выписке из стационара был достоверно выше и соответствовал умеренной несамостоятельности, тогда как в группе сравнения был ближе к тяжелой несамостоятельности.

Применение предложенного способа в остром периоде повреждения головного мозга позволяет в более короткие сроки стабилизировать диэнце-

фальные функции, способствует более быстрому восстановлению адекватного спонтанного дыхания, улучшает уровень сознания и нормализует акт глотания. Применение способа позволяет уменьшить количество нейроциркуляторических осложнений и улучшить общий исход заболевания.

Досвід використання моніторингу внутрішньочерепного тиску у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою

Дзяк Л. А., Зорін М. О.,
Сірко А. Г.

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

Мета. Провести аналіз ефективності та безпечності використання моніторингу внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ).

Матеріали та методи. Проведено аналіз ефективності використання моніторингу ВЧТ у 20 хворих з ТЧМТ, що знаходились на лікуванні у відділенні нейроанестезії Дніпропетровської обласної клінічної лікарні в 2006—2007 роках. Моніторинг ВЧТ проводили хворим з оцінкою 4—7 балів за шкалою ком Глазго та наявністю патології на комп'ютерних томограмах (гематоми, вогнища забою). Вимірювання ВЧТ проводили паренхіматозними (14 випадків) та вентрикулярними (6 випадків) датчиками на моніторі Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany). Дана система моніторингу відноситься до пневматичних систем вимірювання ВЧТ. Система складається з резервуару, що заповнений повітрям (об'єм 0,05—0,1 мл) та з'єднаний з електронним перетворювачем за допомогою поліуретанової трубки. Перетворювач тиску, процесор і компресор інтегровані в монітор вимірювання ВЧТ. Слід відзначити одну з позитивних властивостей монітору — щогодинне автоматичне калібрування нульового тиску у відповідності з атмосферним тиском. Автоматичне калібрування при включенні дозволяє також від'єднувати датчик від монітору (наприклад при транспортуванні хворого). За допомогою інтерфейсу RS232 монітор ВЧТ з'єднували з персональним комп'ютером, що дозволяло візуально оцінювати форму хвилі, зберігати і опрацювати отримані дані.

Результати та їх обговорення. При відсутності технічних труднощів встановлювали вентрикулярні датчики, що дозволяло не тільки вимірювати ВЧТ, але й проводити корекцію при його зростанні. Слід зазначити, що будова вентрикулярного датчика дозволяє вимірювати ВЧТ інтрапаренхіматозно. Паренхіматозні датчики встановлювали при наявності вузьких шлуночків мозку, що були здавлені та зміщені внаслідок вираженого набряку мозку. У хворих з внутрішньочерепними гематомами та контузійними вогнищами, що підлягали видаленню, встановлення датчика проводили першим етапом, що дозволяло контролювати ВЧТ під час операції, визначати декомпресійний ефект кожного з етапів операції та всієї операції в цілому. Лікування 17 хворих включало ранню евакуацію гематом та контузійних вогнищ, що зумовлювали стиснення мозку та об'ємний вплив на нього.

Корекція внутрішньочерепної гіпертензії в післяопераційному періоді була основана на двох принципах: дії від простого до складного та чіткому обґрунтуванні кожного кроку зростання агресивності інтенсивної терапії. За рахунок підняття головного кінця, усунення причин, що порушують венозний відтік із порожнини черепа, боротьби з гіпертермією, усунення рухового збудження та судомних проявів, підтримання адекватного церебрального перфузійного тиску, підтримання адекватної оксигенації, усунення гіперкапнії, в більшості випадків вдавалося нормалізувати ВЧТ. Якщо перелічені компоненти інтенсивної терапії не призводили до нормалізації ВЧТ, проводили контрольне КТ-дослідження для виключення відстрочених гематом і вогнищ забою, та застосовували наступні методи: при наявності вентрикулярного датчика проводили парціальне введення ліквору в стерильну закриту систему; болюсне введення манітолу; помірну гіпервентиляцію. Якщо, незважаючи на вказані заходи, ВЧТ залишався високим чи наростала дислокаційна симптоматика, використовували більш агресивні методи: барбітуровий наркоз, декомпресійну краніотомию.

Тривалість моніторингу ВЧТ становила від 4 до 14 діб. Датчик видаляли при позитивній динаміці в неврологічному стані хворого, позитивній динаміці за результатами контрольного КТ-дослідження та показниках ВЧТ на протязі 24 годин менше 20 мм. рт. ст.

При застосуванні паренхіматозних та вентрикулярних датчиків жодного випадку інфекційного чи геморагічного ускладнення відзначено не було. Також не спостерігали випадків самостійного видалення датчика, пошкодження балону чи катетеру.

Висновки. Використання вентрикулярних та паренхіматозних датчиків для монітору Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany) — ефективний і безпечний метод контролю ВЧТ у хворих з ТЧМТ.

Вплив раннього ентєрального і парентерального харчування на перебіг посттравматичного періоду у хворих з важкою ЧМТ

Фрончко В. П., Колихан В. П.,
Іванюшко В. Л., Вознюк В. Л.

Луцька міська клінічна лікарня,
м. Луцьк, 43025, пр. Відродження, 13,
тел. 5-25-61, e-mail: cholm@ua.fm

При важкій ЧМТ летальність пов'язана не лише з пошкодженням нервових структур, але й з ускладненнями, що розвиваються на фоні вираженої білково-енергетичної недостатності.

Метою роботи є обґрунтування доцільності і необхідності застосування раннього ентєрального і парентерального харчування у хворих з важкою ЧМТ, вивчення впливу на неврологічний прогноз, летальність чи довгострокове виживання і якість життя.

Матеріали та методи. Обстежено 28 хворих з важкою ЧМТ. Серед них 24 (85,7%) — чоловіки, 4 (14,3%) — жінки. Вік від 19 до 45 років. У всіх пацієнтів діагностовано важку ЧМТ, забій головного мозку важкого ступеня. В залежності від типу живлення