

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР - ВНУТРИМОЗГОВОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ В ПОЛУШАРИЕ СУБКОРТИКАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО. ВНУТРИМОЗГОВАЯ ГЕМАТОМА В ПРАВОЙ ГЕМИСФЕРЕ.

Авторы: Шабалин Станислав Сергеевич – Российская Федерация, г. Чебоксары, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Медицинский факультет, студент; Ковайкин Никита Алексеевич - Российская Федерация, г. Чебоксары, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Медицинский факультет, студент; Овчинникова Дарья Семеновна - Российская Федерация, г. Чебоксары, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Медицинский факультет, студент; Антонова Нина Дмитриевна - Российская Федерация, г. Чебоксары, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Медицинский факультет, студент; Соловьева Арина Сергеевна - Российская Федерация, г. Чебоксары, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Медицинский факультет, студент; Сурмина Ирина Сергеевна - Российская Федерация, г. Чебоксары, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Медицинский факультет, студент; Лепилова Татьяна Андреевна - Российская Федерация, г. Чебоксары, ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Медицинский факультет, врач-стоматолог.

e-mail:

Анотация: В настоящей работе мы провели клинический разбор у пациента, страдающего данным заболеванием: «Внутри мозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное пространство. Внутри мозговая гематома в правой гемисфере. В данном клиническом разборе мы разобрали такие моменты как: Разбор анестезиологического пособия, тактика ведения больного, ход операции, схема и проведенная терапия и меры профилактики пациента с данным критическим состоянием». Тема данного клинического разбора является актуальной из-за частоты встречаемости заболевания и его сложности, так как геморрагический инсульт в широком смысле охватывает большую группу заболеваний, сопровождающихся кровоизлиянием в мозг или его оболочки. На практике под ГИ чаще понимают кровоизлияние в мозг вследствие гипертонической болезни или атеросклероза (т.н. гипертензивные гематомы) [1 с.7]. После внутри мозгового кровоизлияния в перигематомной области снижается кровоток, однако благодаря сниженному метаболизму она не страдает от ишемии. Продукты распада кровоизлияния вызывают развитие цитотаксического, а после нарушения гематоэнцефалического барьера и вазогенного отека. Развивается воспалительная реакция, апоптоз и некроз нервной ткани в перигематомной области. Формирование перигематомного отека усиливает сдавление, дислокацию головного мозга [3].

Ключевые слова: Клинический разбор, геморрагический инсульт, эпидуральная гематома.

CLINICAL ANALYSIS - INTRACEREBRAL HEMORRHAGING IN THE HEMISPHERE SUBCORTICAL SPACE. Intracerebral hematoma in the right hemisphere.

Authors: Shabalin Stanislav Sergeevich - Russian Federation, Cheboksary, of the “chug im. I.N. Ulyanova” medical faculty, student; Kovaykin Nikita Alexeevich - Russian Federation, Cheboksary,

of the "chug im. I.N. Ulyanova" medical faculty, student, Ovchinnikova Darya Semenovna - Russian Federation, Cheboksary, of the "chug im. I.N. Ulyanova" medical faculty, student; Antonova Nina Dmitrievna - Russian Federation, Cheboksary, of the "chug im. I.N. Ulyanova" medical faculty, student; Solovyeva Arina Sergeevna - Russian Federation, Cheboksary, of the "chug im. I.N. Ulyanova" medical faculty, student; Surmina Irina Sergeevna - Russian Federation, Cheboksary, of the "chug im. I.N. Ulyanova" medical faculty, student; Lepilova Tatyana Andreevna - Russian Federation, Cheboksary, of the "chug im. I.N. Ulyanova" medical faculty, doctor-stomatologist.

ФГБОУ ВО "Chuvash State University named after I.N. Ulyanova ", Cheboksary, e-mail:

Annotation: In this work, we have held a clinical analysis with patient suffering from this disease: "INTRACEREBRAL HEMORRHAGING IN THE HEMISPHERE SUBCORTICAL SPACE. Intracerebral hematoma in the right hemisphere." In this clinical analysis we discussed such things as: Review of anesthesia and management of the patient, the operation, design, and the therapy and prevention of the patient with a critical condition." The topic of this clinical analysis is relevant because of the frequency of the disease and its complexity, since hemorrhagic stroke in a broad sense covers a large group of diseases accompanied by hemorrhage in the brain or its membranes. In practice, GI is more often understood as a hemorrhage in the brain due to hypertension or atherosclerosis (so-called atherosclerosis). hypertensive hematomas) [1 p. 7]. After intracerebral hemorrhage in perihematoma region decreases blood flow, however, due to a reduced metabolism she is not suffering from ischemia. Decay products of hemorrhage cause the development of cytotoxic, and after violation of the blood-brain barrier and vasogenic edema. Developing inflammatory reaction, apoptosis and necrosis of nerve tissue in perihematoma region. The formation perihematoma swelling increases the compression, the dislocation of the brain [3].

Key words: Clinical analysis, hemorrhagic stroke, epidural hematoma.

Патофизиология геморрагического инсульта:

Основной причиной геморрагического инсульта является гипертоническая болезнь и связанная с ней микроангиопатия. Длительная артериальная гипертензия способствует формированию липогигалиноза, а в последующем и фибриноидного некроза стенок перфорантных артерий, характеризующихся отсутствием анастомозов с другими сосудами. При повышении артериального давления происходит разрыв стенок этих сосудов с формированием гематом (путаменальные, мозжечковые, субкортикальные) или геморрагическое пропитывание компонентами крови таламических и стволовых отделов мозга через патологически измененные сосудистые стенки. Такие кровоизлияния называют гипертензивными (первичными). Значительно реже причиной внутримозговых кровоизлияний (вторичных) являются разрывы сосудистых мальформаций, васкулопатии, кровоизлияния в опухоли, нарушения свертываемости крови.

В качестве примера к вышесказанному, предлагаем вам клинический разбор следующего случая:

Больная В. 11.05.1953 года рождения (66 лет) доставлена машиной скорой помощи в реанимационное отделение БУ «БСМП» города Чебоксары.

Жалобы при поступлении на давящие боли в висках. (Со слов родственников) была найдена родными в 18:00 этого дня на полу в туалете в испражнениях. Испражнения были по всей квартире. Не могла самостоятельно ходить, садиться, хотя конечности работали, была сонлива. С 6ч утра находилась дома одна. Утром состояние было нормальное, жалоб не было, ходила по дому, себя обслуживала. О произошедшем днем ничего не помнит. Родные помыли в ванне и вызвали «03».

Зафиксировано АД 110/70 мм.рт.ст. Глюкоза 6,2 ммоль/л. Доставлена в БУ «БСМП», осмотрена неврологом, нейрохирургом, проведено КТ ГМ (КТ признаки внутримозговой гематомы правого полушария V33.5мл. Острая субдуральная гематома правого полушария головного мозга с отеком вещества головного мозга правой гемисферы. Латеральная дислокация срединных структур).

Госпитализируется в ПИТ н/о для лечения ОНМК после консилиума с нейрохирургами. Перенесенные заболевания: Экзогенно-токсический цирроз печени, активный, класс В, стадия фиброза, синдром портальной гипертензии. Печеночная энцефалопатия, хронический некалькулезный холецистит, хронический панкреатит, хронический гастрит, неполное удвоение левой почки.

Объективный статус: Общее состояние тяжелое. Сознание оглушенное (12 баллов по ШКГ). Эмоциональная лабильность не выражена. Малоконтактна. В неврологическом статусе: менингеальные симптомы положительные (Ригидность затылочных мышц +/2см, симптом Кернига +/- с 2-х сторон 1700). Глоточный рефлекс снижен, поперхивается. Дизартрия. Кормление зондовое. Мышечный тонус в левых конечностях повышен. В п. Баре конечности не удерживает, быстрее падают левые. Левосторонний выраженный гемипарез.

Согласно клиническим рекомендациям, были проведены следующие обследования: HBsAg; АЛТ; Альбумин крови; АТ к HCV; АСТ; Билирубин общий; Билирубин прямой; Глюкоза крови; Группа крови резус фактор; Коагулограмма; КЩС; ЛПВП; ЛПНП; ЛПОНП; Мочевина крови; ОАК; СОЭ; Триглицериды; Холестерин общий; КТ ГМ; Rg легких; СМАД; УЗДГ+ДС+ЦДК позвоночных, брахиоцефальных артерий и сосудов ГМ; ХМ ЭКГ; ЭКГ; ЭХО КГ; Консультация врача ЛФК, кардиолога, клинического фармаколога, логопеда, нейрохирурга, офтальмолога, психолога, терапевта [1, с. 7].

На основании жалоб, общего осмотра, лабораторных и инструментальных методов лечения был выставлен следующий диагноз: [I61.0] Внутримозговое кровоизлияние в полушарие субкортикальное пространство. Внутримозговая гематома в правой гемисфере.

В плане дальнейшего обследования: Госпитализация в ПИТ н/о, наблюдение н/хирурга, КТ головного мозга в динамике. На КТ головного мозга в динамике: нарастание гематомы. Было принято решение об оперативном лечении [1, с. 14].

В плане операции: Удаление хронической субдуральной гематомы справа через трепанационное отверстие.

Протокол анестезии. Анестезия: экстренная. Премедикация: атропин 0,5 мл, димедрол 1,0 мл, промедол 2% - 1,0 мл. Декомпрессия желудка зондом: проведена. После интубации: зонд в желудке. Вводный наркоз: На Тиопентал 300 мг. Миорелаксация на интубацию: Листенон 100мг. Интубация оротрахеальная стерильной одноразовой эндотрахеальной трубкой. Степень сложности интубации 2. Число попыток интубации 1. Эндотрахеальная трубка №7,5. Дыхание в легких проводится с двух сторон одинаково жесткое. ИВЛ аппарат Drager Fabius Tigro. Параметры ИВЛ: МВЛ 8,0 л/мин, ДО 445 мл, О2 2,0 л, ЧДД 18 в 1 мин. Положение больного на операционном столе: на спине. Основной наркоз: в/в ГОМК 2 г, фентанил 0,005% - 2,0 мл, На Тиопентал 200 мг. Миорелаксация в ходе анестезии: Пипекуроний 4 мг. Гемодинамика в ходе анестезии стабильная: АД 120/80 – 100/60 – 115/70 – 113/73 – 110/60 мм.рт.ст; Ps 80 - 90 - 86 – 80 уд. в 1 мин, ритмичный; Sp O2 99 – 100%. Перелито в/в капельно: Sol.NaCl 0,9% 500 мл, Полиглюкин 400 мл. Экстубация после восстановления сознания. Рекомендовано интенсивная инфузионная терапия, послеоперационное обезболивание [2, с. 704].

Протокол операции: Код операции [Z01.24] Трепанация черепа др. (удаление абсцесса эпидурального). Под эндотрахеальным наркозом после обработки кожи антисептиками, в правой височно – теменной области выполнен подковообразный разрез 5 см. Кость скелетирована. Наложено трепанационное отверстие в теменной области. Ткань мозговой оболочки напряжена, синюшная, не передающая пульсацию мозга. ТМО вскрыта крестообразно. Гематома, состоящая из жидкой темной крови удалена отсосом и промыванием. Источник кровотечения не обнаружен. Гемостаз каутер, воск по ходу операции. Мозг обычного цвета, запульсировал. Дренаж №1 в рану. Швы послойно, асептическая повязка.

Послеоперационное лечение: Sol. Magnesium sulfate 250 мг/мл 10 мл по 10 мл 2р/д, в/в капельно, в 9:00 и 18:00; Conc. Potassium chloride 40 мг/мл 10 мл по 10 мл 2р/д, в/в капельно, в 9:00 и 18:00; Sol. Sodium chloride 0,9% 250 мл по 250 мл 2р/д, в/в капельно, в 9:00 и 18:00; Pulv. Ceftriaxone 1,0 г по 1 г 2 р/д на 0,9% 10 мл NaCl в/в струйно в 8:00 и 20:00; Sol. Citocolini 250 мг/мл 4 мл по 4 мл 1р/д в/в капельно №5 в 10:00; Sol. Sodium chloride 0,9% 100 мл по 10 мл

1р/д в/в капельно №5 в 5:00 и 10:00; Tabl. Spironolactone 25 мг по 2 таб 1р/д перорально в 7:00; Tabl. Lisinopril 20 мг по ¼ таб 2р/д перорально в 7:00 и 19:00 под контролем АД; Caps. Omeprazole 20 мг по 1 капс 2р/д за 30 мин до еды перорально в 8:00 и 17:00; Tabl. Glycine 100 мг по 1 таб 3 р/д сублингвально; Sol. Ketorolac 30 мг/мл 1 мл по 1 мл 1р/д, до 3р/д при болях внутримышечно; Sol. Mannitol 150 мг/мл 400 мл по 200 мл 2р/д в/в капельно; Sol. Ciprofloxacin 0,2% 100 мл по 100 мл 2р/д в/в капельно в 8:00 и 20:00; Sol. Metamizole sodium 500 мг/мл 2 мл по 2 мл в/м при повышении температуры; Sol Diphenhydramine 10 мг/мл 1 мл по 1 мл в/м при повышении температуры; Sol. Paracetamol 10 мг/мл 100 мл по 100 мл 1р/д в/в капельно при повышении температуры выше 38 град; So;. Metronidazole 0,5% 100 мл 3р/д в/в капельно в 7:00, 14:00, 22:00; Sol. Potassium chloride+Calcium chloride+Magnesium chloride+Sodium acetate+Sodium chloride+Malic acidum 500 мл по 250 мл 2р/д в/в капельно в 8:00 и 19:00.

Благодаря проведенной операции и медикаментозному лечению больная пришла в сознание через 1 день. В восстановительный период у пациентки вернулось ясное сознание, исчезла головная боль и менингеальные симптомы. Повышенный тонус левых конечностей сохранился. Восстановился глоточный рефлекс, может есть без зонда. В динамике положительные изменения. Больной рекомендована следующая реабилитация: кинезотерапия, включая обучение ходьбы; бытовая терапия; профилактика разгибательных контрактур левых конечностей [1, с. 19].

Заключение: Геморрагический инсульт является смертельно опасным заболеванием, ведущим к тяжелым повреждениям головного мозга и снижению качества жизни больного как в социальном, так и физическом здоровье. Но при своевременной начатой терапии и правильной реабилитации удастся свести к минимуму последствия данного патологического состояния.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации: Геморрагический инсульт у взрослых МКБ 10: I61/ I60.8/ I60.9; 2016.
2. «Клиническая анестезиология» - Дж. Эдвард Морган-мл., Мэгид С. Михаил, Майкл Дж. Марри, 4-е изд., 2017 год.
3. www.neurosklif.ru/diseases/stroke

List of references:

1. Clinical recommendation: Hemorrhagic stroke in adult МКБ 10: I61/ 160.8/160/9; 2016
2. «Clinical Anesthesiology» - G. Edward Morgan, Jr., MD; Maged S.Mikhail, MD; Michael J.Murray, MD, PhD, Fourth edition, 2017
3. www.neurosklif.ru/diseases/stroke