

УДК 61

***ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТЕКЕ
ГОЛОВНОГО МОЗГА***

Малиновский Ф. В.

студент

ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава

Мудрого»

Россия, г. Новгород

Любимов А. В.

студент

ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава

Мудрого»

Россия, г. Новгород

Костыгова А. А.

студентка

ФГБОУ ВО «Новгородский государственный университет имени Ярослава

Мудрого»

Россия, г. Новгород

Аннотация

Авторы статьи исследуют проблему терапии отека головного мозга. В настоящее время применяется множество методов диагностики лечения данного диагноза. Авторы проводят сравнение различных рекомендаций и исследований, предложенных различными руководствами с лечением, которое описывается в учебниках для студентов ВУЗов.

Ключевые слова: Интенсивная терапия, отек головного мозга, метод и диагностика, лечение, диагноз, рекомендации и руководство, ОГМ.

STUDY INTENSIVE THERAPY IN BRAIN EDEMA

Malinovsky F.V.

student

Yaroslav the Wise Novgorod State University

Russia, Novgorod

Lyubimov A.V.

student

Yaroslav the Wise Novgorod State University

Russia, Novgorod

Kostygova A. A.

student

Yaroslav the Wise Novgorod State University

Russia, Novgorod

Annotation

The authors investigate the problem of therapy of cerebral edema. Currently, a variety of diagnostic methods for the treatment of this diagnosis are used. The authors compare the various recommendations and studies proposed by different guidelines with the treatment described in textbooks for University students.

Keywords: Intensive care, cerebral edema, method and diagnosis, treatment, diagnosis, recommendations and guidance, OGM.

Интерес к проблеме терапии отека головного мозга (ОГМ) прежде всего определяется широким распространением данной патологии в разных медицинских разделах. ОГМ часто встречается в практике неврологов, нейрохирургов, инфекционистов. ОГМ – это, как правило, процесс вторичный, являющийся следствием другой острой патологии (черепно – мозговой травмы (ЧМТ), инфекционных заболеваниях головного мозга, острых нарушениях мозгового кровообращения (ОНМК). При всем многообразии причин ОГМ, патогенез в большинстве случаев связан с гипоксией. Гипоксия вызывает повышение PaCO₂, затем наступают явления

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

тканевого ацидоза, которые являются пусковым механизмом непосредственно отека мозговой ткани. В свою очередь, наступают явления нарушения артериального кровотока и венозного оттока, нарушения лимфоциркуляции, обуславливающие нарастание отека. Параллельно нарушаются функции гематоэнцефалического барьера (ГЭБ): происходит патологическое накопление Na^+ и K^+ , которое также является причиной нарушения оттока жидкости.

Выделяют три вида ОГМ: цитотоксический (для ранней стадии церебральной ишемии), вазогенный (для подострой стадии церебральной ишемии) и интерстициальный (обусловленный острой обструктивной гидроцефалией) отеки.

В настоящее время применяется множество методов диагностики ОГМ, но приоритетными являются нейровизуализирующие методики: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно – резонансная томография (МРТ). Единственным существенным недостатком данных методов является невозможность дифференцировки в некоторых случаях зоны отека и зоны ишемии. Тем не менее, вопрос поставки ОГМ не является рутинным для врача.

ОГМ является абсолютным показанием к госпитализации в отделения реанимации и интенсивной терапии и дальнейшей терапии.

На 2018 год вышли новые «Клинические рекомендации» по интенсивной терапии (далее Руководство), где также освещался вопрос о ведении пациентов с ОГМ. В связи с этим принято решение сравнить тактики, предложенные в выше упомянутом Руководстве с лечением, которое описывается в учебниках для студентов ВУЗов.

Если перечислить предложенное в руководстве лечение, то основными моментами будут:

- гипервентиляция (снижение P_{aCO_2} до уровня 30 мм рт.ст.) является быстрым эффективным, но непродолжительным методом снижения внутричерепного давления (ВЧД);

- применение осмотических диуретиков. Рекомендуемым препаратом является маннитол. Первоначальная доза составляет 0,5 – 2,0 г/кг массы тела в течение 20 – 25 мин, затем каждые 4 – 6 ч половину от первоначальной дозы. Введение маннитола допустимо не более 3 – 4 сут. Длительное применение маннитола опасно из – за гиповолемии, электролитных нарушений и почечной недостаточности;

- допустимо применение барбитуратов короткого действия (натрия тиопентал), которые вызывают быстрое, но непродолжительное снижение ВЧД. Применяются редко: обычно перед оперативными вмешательствами;

- недопустимо использование салуретиков из – за резкого ухудшения реологических свойств крови. Салуретики не влияют на содержание жидкости в мозговой ткани;

- глюкокортикоиды не доказали свою эффективность.

В учебнике «Общая неврология» А. С. Никифорова, Е. И. Гусева в разделе лечение ОГМ предложено «во всех случаях отека мозга, сопровождающегося внутричерепной гипертензией, показано медикаментозное лечение, направленное на дегидратацию мозговой ткани. С этой целью применяются осмотические диуретики, салуретики и кортикостероиды». Авторами предложены конкретные дозировки «салуретики из группы петлевых диуретиков – фуросемид по 20 – 40 мг внутривенно до 3 – х раз в день» [1].

Если сопоставлять предложенное лечение ОГМ в Руководстве и учебнике по «Общей неврологии», видно, что во втором издании применяется препарат, использование которого недопустимо, по мнению авторов Руководства. Возможно, это связано с давностью издания

использованной литературы (2007 г.) и накоплением нового опыта в лечении ОГМ.

Если обратиться к учебнику «Неврология и нейрохирургия» под ред. А. Н. Коновалова, А. В. Козлова, 2009 г. вопрос о тактике лечения ОГМ описан в разделе «Сосудистые заболевания нервной системы». Авторы считают, что «глюкокортикоиды (дексаметазон) не влияют на отек мозга при внутричерепных кровоизлияниях, назначения их обычно уменьшают выраженность головной боли», что частично совпадает с мнением авторов руководства [2].

В учебнике «Инфекционные болезни» Е. П. Шуваловой, Е. С. Белозерова, Т. В. Беляева, Е. И. Змушко 2016 г. тактика профилактики ОГМ описана в разделе лечения менингококковой инфекции. «Одновременно проводят профилактику гипергидратации головного мозга путем введения мочегонных средств (фуросемид, или лазикс, этакриновая кислота, или урегит), маннитола. Мочевина применяется с осторожностью из-за вероятности развития «феномена отдачи» (усиление отека после прекращения действия препарата). В тяжелых случаях менингококковой инфекции показаны глюкокортикостероидные гормоны. Полная доза устанавливается индивидуально, она зависит от динамики основных симптомов и наличия осложнений. Обычно применяется гидрокортизон в дозе 3 – 7 мг/кг/сут, преднизолон в дозе 1 – 2 мг/кг/сут или другие кортикостероиды в соответствующей дозировке». В этом издании авторы также рекомендуют применять салуретики и гормоны в терапии ОГМ [3].

По результатам исследования можно сделать выводы, что рекомендации, описанные в учебниках по неврологии и инфекционным болезням, идут в разрез с рекомендациями, предложенными в руководствах.

Библиографический список:

1. Никифоров А.С. , Гусев Е.И. Общая неврология: Учебное пособие. - 2007. - 720 с.
2. Коновалова А. Н., Козлов А. В. Неврология и нейрохирургия: Учебное пособие - 2009 г., - 302 с.
3. Шувалова Е. П., Белозерова Е. С., Беляева Т. В., Змушко Е.И., Инфекционные болезни: Учебник для вузов. - 2016 г.
4. Сумин С.А. Анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия: Учебник / С.А. Сумин. - Ереван: МИА, 2015. - 496 с.
7. Кемпбелл Д. Анестезия, реанимация и интенсивная терапия / Д. Кемпбелл, 2000. - 264 с.

Оригинальность 84%