

## Випадок із практики

УДК 616.831.38–005.1–08–039.76

### Наблюдение успешного лечения больной по поводу внутрижелудочкового кровоизлияния

*Березюк М.В., Цимейко О.А., Мороз В.В.*

ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины», г. Киев

Описан новый метод лечения внутрижелудочкового кровоизлияния. Представлено наблюдение лечения пациентки с первичным кровоизлиянием, рассмотрена методика осуществления локального фибринолиза.

**Ключевые слова:** *внутрижелудочковое кровоизлияние, локальный фибринолиз.*

Кровоизлияние в систему желудочков — одно из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных видов нетравматического внутричерепного кровоизлияния. Летальность, по данным разных авторов, составляет от 60 до 80% [1–4, 6]. Причиной смертельного исхода являются острая окклюзионная гидроцефалия [2, 7, 11], ишемия структур ромбовидной ямки [6], прогрессирующий под действием продуктов распада крови вазоспазм [5, 8]. При наружном дренировании желудочков летальность снижается до 58% [10]. Быстрая облитерация дренажных трубок и сохраняющееся действие сгустков крови на структуры продолговатого мозга не позволяют достичь желаемого результата. Естественный процесс лизиса сгустков и санации спинномозговой жидкости длится около 1,5 мес [9].

Применение у таких больных препаратов, ускоряющих процесс лизиса тромбов и восстановления ликвороциркуляции, способствует значительному улучшению исхода. Летальность при использовании тромболитических средств снижается до 6%, частота тяжелой инвалидизации больных — с 90 до 34% [10].

Приводим описание наблюдения успешного лечения больной, у которой возникло спонтанное внутрижелудочковое кровоизлияние, осуществлено наружное дренирование, дополненное локальным фибринолизом.

Больная Т., 26 лет, 06.11.06 доставлена с признаками острого нарушения кровообращения головного мозга в нейрохирургическое отделение областной больницы г. Киева. Произведен осмотр, проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга. Учитывая возраст и возможность аневризматического происхождения кровоизлияния, 08.11.06 больная переведена в клинику патологии сосудов головного мозга.

В момент госпитализации состояние больной тяжелое, жалоб не предъявляет. Соматических заболеваний нет. Неврологический статус: сопор, тяжесть состояния оценена в 10 баллов по шкале ком Глазго (ШКГ), на болевые раздражители реагирует, открывая глаза. Пытается выполнять инструкции. На вопросы отвечает редко, с задержкой, односложно. Положение головы вынужденное, запрокинутое. Зрачки одинаковые, фотореакции сохранены, расходящееся косоглазие. Преходящая икота.

По данным КТ головного мозга от 07.11.06 (рис. 1) выявлена гематампонада боковых, III и IV желудоч-

ков, паренхиматозный компонент в задней трети мозолистого тела. 08.11.06 больной проведена тотальная церебральная ангиография, патология сосудистой системы не выявлена.

08.11.06 произведена операция: установлены наружные дренажи в передние рога боковых желудочков, по которым отделялось небольшое количество окрашенной кровью спинномозговой жидкости.

09.11.06 начато интратекальное введение урокиназы в дозе 50 000 IU в каждый дренаж, экспозиция 6 ч.

10.11.06 состояние больной тяжелое, отмечена положительная динамика в виде повышения уровня сознания до 12 баллов по ШКГ. Пациентка отвечает на вопросы адекватно, практически без задержки, открывает глаза, выполняет команды. Вынужденное положение головы сохраняется.

Контрольная КТ от 10.11.06 (рис. 2): положительная динамика — отсутствие сгустков крови в III и IV, левом боковом желудочках. Правый дренаж расположен в полости III желудочка. В правом боковом желудочке сохраняются частично лизированные сгустки. Расширение системы желудочков не определяется. Четко выражен паренхиматозный компонент кровоизлияния в задней трети мозолистого тела.

Введение урокиназы прекращено 10.11.06, всего препарат вводили 4 раза. 10–11.11.06 состояние больной стабильно тяжелое, с некоторыми колебаниями уровня сознания в пределах сопора (10–12 баллов по ШКГ). По дренажам, преимущественно по левому, за сутки выделилось около 400 мл интенсивно окрашенного отделяемого. После первого введения урокиназы появилось сообщение между боковыми желудочками.

14.11.06 состояние больной средней тяжести, жалуется на умеренно выраженную головную боль. Умеренное оглушение, состояние по ШКГ 14 баллов. Зрачки одинаковые, фотореакции живые, движения глазных яблок сохранены. Доступна контакту, ориентирована. По дренажам за сутки выделяется до 500 мл прозрачной спинномозговой жидкости. Дренажи закрыты, через 6 ч у больной прогрессировали признаки ликворной гипертензии, что потребовало повторного подключения дренажей.

Вследствие длительного дренирования желудочков мозга возник вентрикуломенингит, несмотря на проводимые профилактические мероприятия. Установлен эндолюмбальный дренаж, удалены

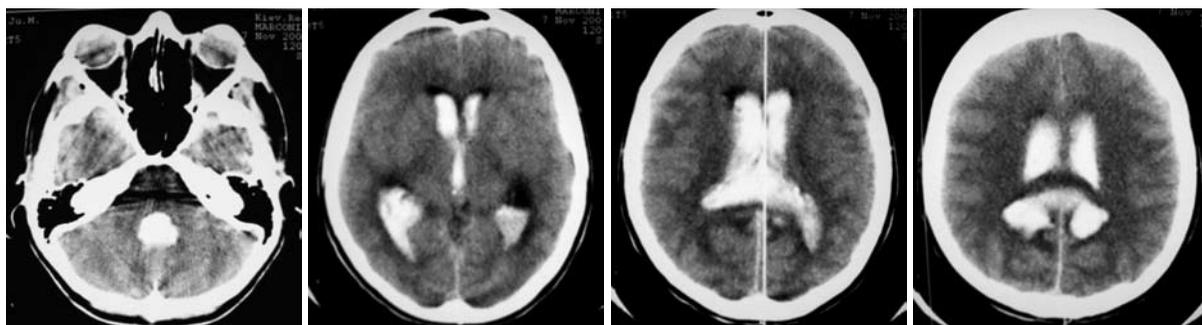


Рис. 1. КТ головного мозга больной Т. от 07.11.06. Гемотампонада желудочковой системы.

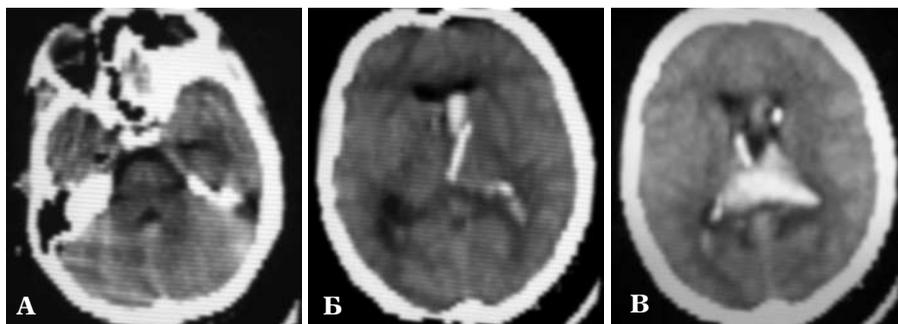


Рис. 2. КТ головного мозга той же больной от 10.11.06. Результат вентрикулярного фибринолиза: дифференцируются IV (А) и боковые желудочки (Б, В), тени дренажей в III и левом боковом желудочках (Б, В).

вентрикулярные дренажи, проведена массивная антибактериальная терапия (меронем, нетромицин, амписульбин), что позволило достичь санации спинномозговой жидкости, устранения признаков вентрикуломенингита.

Пациентка выписана 19.12.06 в удовлетворительном состоянии. Сознание ясное — 15 баллов по ШКГ, ориентирована, менингеальных знаков нет. Сохраняется недержание мочи, ассоциативное мышление снижено.

Применение нового метода лечения при вентрикулярной геморрагии позволяет в короткие сроки достичь лизиса сгустков, восстановления циркуляции спинномозговой жидкости, улучшить прогноз лечения у таких пациентов.

#### Список литературы

1. Крылов В.В. Гидроцефальный синдром при нетравматических внутричерепных кровоизлияниях // Нейрохирургия. — 2000. — №1-2. — С.72.
2. Лебедев В.В., Крылов В.В., Шелковский В.Н. Клиника, диагностика и лечение внутричерепных артериальных аневризм в остром периоде кровоизлияния. — М.: Медицина, 1996. — 217 с.
3. Brinker T., Seifert V., Dietz H. Subacute hydrocephalus after experimental subarachnoid hemorrhage: its prevention by intrathecal fibrinolysis with recombinant tissue plasminogen activator // J. Neurosurg. — 1992. — V.31. — P.301-311.
4. Donauer E., Reif J., Al-Khalaf B. et al. Intraventricular hemorrhage caused by aneurysms and angiomas // Acta Neurochir. — 1993. — V.122. — P.23-31.
5. Findlay J.M., Kassell N.F., Weir B.K. et al. A randomized trial of intra-operative, intracisternal tissue plasminogen activator for the prevention of vasospasm // J. Neurosurg. — 1995. — V.37. — P.168-178.
6. Hijdra A., Van Gijn J. Early death from rupture of an intracranial aneurysm // J. Neurosurg. — 1982. — V.57. — P.765-768.

7. Luciano R., Velardi F., Romagnoli C. et al. Failure of fibrinolytic endoventricular treatment to prevent neonatal post-haemorrhagic hydrocephalus // Child's Nerv. Syst. — 1997. — V.13. — P.73-76.
8. Mizoi K., Yoshimoto T., Takahashi A. et al. Prospective study on the prevention of cerebral vasospasm by intrathecal fibrinolytic therapy with tissue-type plasminogen activator // J. Neurosurg. — 1993. — V.78. — P.430-437.
9. Neuhaus K.L., Feuerer W., Jeep-Tebbe S. et al. Improved thrombolysis with a modified dose regimen of recombinant tissue-type plasminogen activator // J. Am. Coll. Cardiol. — 1989. — V.14. — P.1566-1569.
10. Nieuwkamp D.J., de Gans K., Rinkel G.J., Algra A. Treatment and outcome of severe intraventricular extension in patients with subarachnoid or intracerebral hemorrhage: a systematic review of the literature // J. Neurol. — 2000. — V.247. — P.117-121.
11. Rohde V., Schaller C., Hassler W.E. Intraventricular recombinant tissue plasminogen activator for lysis of intraventricular hemorrhage // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 1995. — V.58. — P.447-451.

#### Спостереження успішного лікування хворі з приводу внутрішньощлуночкового крововиливу

*Березюк М.В., Цимейко О.А., Мороз В.В.*

Наведений новий спосіб лікування внутрішньощлуночкового крововиливу. Представлене спостереження лікування пацієнтки з первинним крововиливом, розглянута методика здійснення локального фібринолізу.

#### Observation of successful treatment of the patient with intraventricular hemorrhage

*Berezyuk M.V., Tsimeyko O.A., Moroz V.V.*

The new method of intraventricular hemorrhages treatment is described. The observation of patient's with a primary hemorrhage treatment is given, the technique of local fibrinolysis is considered.