

мин. Во время сеанса ГБО осуществлялось постоянное наблюдение за больным, до и после сеанса обязательно измеряли артериальное давление и отмечали частоту сердечных сокращений в минуту. По этим показателям не было выявлено токсического действия кислорода на организм.

Следующие 2 сеанса были адаптационными, во время которых путем «титрования» достигли необходимого режима сатурации – 1,5 ата. Остальные 7 сеансов проводили в режиме изопрессии 1,5 ата по 40–60 мин. Таким образом, всего было проведено 10 ежедневных сеансов. В течение курса ГБО проводили неоднократную регистрацию параметров пульса, АД, дыхания.

Кроме того, ребенок получал комплексное лечение, которое включало: массаж шейно-воротниковой зоны, №9, иглорефлексотерапию, №9, занятия лечебной физкультурой.

В результате проведенного лечения субъектив-

но слух улучшился. На контрольной аудиограмме от 16.02.2012: слух в норме (рис. 3).

В удовлетворительном состоянии ребенок выписан под амбулаторное наблюдение.

Таким образом, своевременная диагностика и незамедлительно начатое активное комплексное лечение позволили полностью восстановить функцию слуха ребенку 6 лет с острой односторонней сенсоневральной глухотой после перенесенной ОРВИ.

Литература

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. *Детская оториноларингология. Руководство для врачей в 2 томах.* – М.: Медицина. – 2005.

Спонтанное внутрижелудочковое кровоизлияние

Д.С. Курильченко², О.И. Ульянова², В.И. Шмырев^{1,2}

¹ФГБУ «Учебно-научный медицинский центра» УД Президента РФ,

²ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Авторы описывают клиническое наблюдение редкой формы геморрагического инсульта – спонтанное первичное внутрижелудочковое кровоизлияние у пожилого пациента 75 лет с минимальной клинической симптоматикой и хорошим регрессом неврологического дефицита на фоне проведения консервативной терапии.

Ключевые слова: спонтанное первичное внутрижелудочковое кровоизлияние.

In their work the authors describe a rare case of hemorrhagic stroke – spontaneous primary intraventricular bleeding in a 75-year old patient having minimal clinical symptoms and good regression of neurological deficit after conservative therapy.

Key words: spontaneous primary intraventricular bleeding.

Внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) относится к редким формам внутричерепных кровоизлияний. Чаще всего эта форма инсульта возникает из-за разрыва аневризм, преимущественно передней соединительной артерии с прорывом крови через терминальную пластинку и заполнением III и боковых желудочков. При разрыве аневризмы задней нижней мозжечковой артерии кровью заполняются III и IV желудочки, передача давления через дно IV желудочка может вызвать острое нарушение функций моста и продолговатого мозга. Массивные ВЖК развиваются остро, сопровождаются выраженными нарушениями сознания, характеризуются тяжелым течением и быстрым летальным исходом [3, 6, 9]. Первичные ВЖК встречаются крайне редко, представляют собой отдельную сущность и возникают из внутрижелудочковых структур, таких как хориоидное сплетение. Вторичные ВЖК возникают у больных с внутримозговыми кровоизлияниями с частотой до 40% и у больных с субарахноидальными кровоизлияниями с частотой до 20% [5, 7, 8]. По данным некоторых авторов, летальность при массивных изолированных ВЖК достигает 100% [2, 9]. Ретроспективные исследования установили, что наличие крови в желудочках и ее количество, время до очищения желудочков и развитие гидроцефалии являются независимыми прогностическими факторами неблагоприятного исхода [1, 2, 4]. Развитие гидроцефалии вследствие ВЖК могут обуславливать

два различных механизма: в острой фазе обструкция III и IV желудочков приводит к обструктивной гидроцефалии; позже возможно развитие мальрезорбтивной (т.е. обусловленной недостаточной резорбцией ликвора) гидроцефалии вследствие утраты пахионовыми грануляциями их функции [5, 7, 8]. Однако в настоящее время нет достоверных данных литературы о частоте возникновения, особенностях течения и исходов изолированных первичных ВЖК вследствие крайне малой распространенности последних. По современным представлениям, ведение таких больных остается прерогативой нейрохирургической службы, так как эта патология часто приводит к развитию внутричерепной гипертензии и острой окклюзионной гидроцефалии. Наибольшее распространение среди хирургических методов лечения ВЖК получили внешний дренаж желудочков, применение внутрижелудочкового тромболитика, постановка люмбального дренажа [5, 7, 8].

Клиническое наблюдение

П а ц и е н т Т., 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на расстройство памяти, затруднение речи, длительно страдает гипертонической болезнью III стадии, ИБС: атеросклеротическим кардиосклерозом, АДЭ 3 ст.

Из анамнеза известно, что в день поступления (со слов родственников) в гараже загорелся автомобиль,

пациент пытался самостоятельно вытолкнуть машину из гаража. После чего почувствовал себя плохо, зафиксировано повышение АД до 240/120 мм рт.ст., появилась выраженная слабость, спутанность сознания. Пациент был госпитализирован в больницу по месту жительства с диагнозом: отравление угарным газом. Через сутки по настоянию родственников переведен в ЦКБ.

При поступлении вышеперечисленные жалобы сохраняются, отмечается некоторая спутанность сознания, общее состояние средней тяжести, больной в сознании, контактен, адекватен, охотно вступает в контакт, АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 76 уд/мин, кожные покровы обычной окраски, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет, живот мягкий, безболезненный, костно-мышечная система без патологии, физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: в сознании, контактен, адекватен, менингеальных знаков нет, речь с элементами дизартрии, зрачки равны, логофтальм слева, ФР сохранена, периферический парез 7-й пары черепных нервов слева. Сухожильные и периостальные рефлексы равны, средней живости. Мышечный тонус D равно S. Четких двигательных нарушений нет. Координаторных и чувствительных нарушений нет. Патологических стопных знаков нет.

При обследовании в клиническом анализе крови обнаружен лейкоцитоз 11,7 (палочкоядерные нейтрофилы 2), остальные показатели в пределах нормы, в биохимическом анализе крови – АСТ 49, АЛТ 50, остальные показатели в пределах нормы, анализ системы гемостаза – все показатели в пределах нормы, исследование ликвора – цвет красный, прозрачность – мутный, реакция Панди положительная, реакция Нонне–Апельта слабоположительная, цитоз 83/3, остальные показатели в пределах нормы.

При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) головного мозга в 3 и 4 желудочке, в заднем роге правого латерального желудочка геморрагический компонент размерами 1,5 · 1/1,8 · 1,2/1 · 0,7 см соответственно, общим объемом до 5 см³, признаки сосудистой энцефалопатии, наружной гидроцефалии.

При МСКТ-ангиографии интракраниальных артерий – данных, свидетельствующих о наличии гемодинамически значимых стенозов, аневризм, АВМ интракраниальных артерий, нет.

Пациент консультирован нейрохирургом НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского – на данный момент нейрохирургическое вмешательство не требуется.

Пациенту проводилось комплексное лечение, включающее мексидол 4 на 250 мл физиологического раствора №10, магния сульфат 25% 10 на 250 мл физиологического раствора № 10, эуфиллин 2,4% 10+ панангин 10 на 250 мл физиологического раствора №10, актовегин 5 мл внутримышечно, внутривенно капельно через перфузор

нимотоп 5 мл, дицинон 2 внутримышечно №10, внутривенно клафоран 1 г №7, внутрь конкор 2,5 мг, престариум 4 мг, тромбоАСС 50 мг.

На фоне проводимой терапии состояние пациента стабилизировалось, показатели гемодинамики стабильны, АД в пределах 130–140/80 мм рт.ст., пациент самостоятельно присаживается в постели, передвигается в пределах палаты, в неврологическом статусе сохраняется небольшой логофтальм слева и периферический парез лицевого нерва слева. По настоянию самого пациента и родственников он был выписан через 10 дней под амбулаторное наблюдение невролога, терапевта поликлиники с рекомендациями.

При проведении контрольной МСКТ головного мозга через 1 мес – отсутствие геморрагического содержания в желудочковой системе.

Таким образом, в данном клиническом случае мы столкнулись с редкой формой геморрагического инсульта – спонтанным первичным ВЖК у пожилого пациента с минимальной клинической симптоматикой и хорошим регрессом неврологического дефицита на фоне проведения консервативной терапии.

Литература

1. Виленский Б.С., Б.С. Виленский. – СПб., Медицинское информационное агентство, 1995. – 288 с.
2. Куреши А. и др. Спонтанные внутримозговые кровоизлияния // *Международный медицинский журнал*. 2000. – №4. – С. 327–334.
3. Лебедев В.В., Крылов В.В. *Неотложная нейрохирургия: Рук. для врачей*. – М., 2000.
4. Пирадов М.А. Геморрагический инсульт: новые подходы к диагностике и лечению // *Атмосфера. Нервные болезни*. – 2005. – №5. – С. 17–19.
5. Чугунова С.А., Николаева Т.Я., Фарафонова Е.Н. *Геморрагический инсульт: современное состояние проблемы и перспективы изучения* / *Якутский медицинский журнал*. – 2007. – 2(18). – С. 60–63.
6. Скворцова В.И., Крылов В.В. *Геморрагический инсульт: Практическое руководство*. – М., 2005. – С. 16–35.
7. *Stroke: Pathophysiology, Diagnosis and Management* / Ed. by Herry J.M. Barnett [et al.] / *Second Edition*. – New York etc.: Churchill Livingstone. – 1992.
8. *Stroke Syndromes / Second edition; edited by Julien Bogousslavsky, Louis Caplan*. – Cambridge University Press, 2001. – С. 594.
9. Stula D., Sigstein W. *Intraventricular hemorrhage* // *Neurochirurgia (Stuttg.)*. – 1993. – Vol. 36, № 5. – P. 156–160.