

Пациенты с ЧМТ, современные стратегии реанимационного пособия

Царенко С.В.

Контакты лектора +79637501492
s9637501492@yandex.ru

Скорая помощь - логистика

1. Минимум жизнеспасающей помощи
2. Четкая работа диспетчерской службы
(дополнительные бригады? готовность стационара?)
2. Госпитализация только в многопрофильный экстренный стационар с круглосуточно работающим КТ

Скорая помощь – врачебная тактика

- Диагностика сочетанных повреждений
- При их отсутствии – активная инфузионная терапия (много и быстро), симпатомиметики, расширенные показания к классической интубации трахеи (нарушения дыхания и сознания)
- При их наличии – осторожная инфузионная терапия, симпатомиметики – только при крайне необходимости, альтернативные способы интубации трахеи и обеспечения проходимости ВДП

Скорая помощь – сложные МОМЕНТЫ

- Шейный воротник
- Обезболивание
- Седация
- Антиконвульсанты

Приемное отделение

- Сортировка по принципам Н.И.Пирогова (emergency room): самый опытный врач, категории пострадавших, внимание к потенциальным возможностям контаминации бактериями и радиацией
- «подчистка» недоделок догоспитального этапа (дыхание и гемодинамика)
- Экстренная диагностика сочетанных повреждений: спиральный КТ, КТ и ультразвук, диагностические операции

Противопоказания к КТ

- Агональное состояние, мероприятия СЛР
- Неостановленное кровотечение

Операционная

- Только общая анестезия (чем владеем и что имеем)
- «Страховочная» гипероксигенация
- Гемодинамика – для больного, а не для хирурга

ОРИТ - гемодинамика

- Инфузия - «Вначале не стесняться, потом – не усердствовать», не применять без нужды коллоиды, внимание к уровню глюкозы и натрия
- Симпатомиметики – «лучше дольше и чаще, чем короче и реже», гипотензивные – наоборот!

ОРИТ - дыхание

Золотые правила нейрореаниматологии

1 Если есть сомнения в экстубации трахеи – значит экстубировать рано

2 Если есть сомнения в необходимости продолжения ИВЛ – значит ее надо продолжить

3. Если есть сомнения в целесообразности и своевременности трахеостомии – значит уже пора ее проводить

ОРИТ – принципы ИВЛ

- Чем хуже мозг – тем больше нужно кислорода и тем опаснее гипо-и гиперкапния
- Чем хуже легкие, тем меньше должно быть давление в дыхательных путях и вводимые дыхательные объемы, тем больше PEEP

ОРИТ - трансфузии

- Если нет кровопотери и кровоточивости – резкое ограничение донорской СЗП (профилактика TRALI)
- «Терпимый» трансфузионный триггер – 70 г/л
- Чем больше трансфузий эритромаcсы, тем тщательнее ее подбор и подготовка

ОРИТ – тромбозы и эмболии

- Минимально возможный уровень седации
- Механические средства профилактики – с первых суток
- Гепарины – с 3 сут
- Регулярный УЗИ-контроль вен ног

ОРИТ – седация и обезболивание

- Минимально возможный уровень
- Как можно более коротко действующими препаратами
- ЭТО НЕ СРЕДСТВО НЕЙРОПРОТЕКЦИИ

ОРИТ – внутричерепная гипертензия

- Устанавливаем причину: отек мозга, обструкция ликворных путей, неокклюзионная гидроцефалия
- Понимаем, что отек мозга пока лечить не умеем
- Тактика «Мальчиша-Кибальчиша»: продержаться без вклинения

ОРИТ – внутричерепная гипертензия

- Контроль – датчик ВЧД, динамика стволовых рефлексов (МИНИМУМ СЕДАЦИИ И ОБЕЗБОЛИВАНИЯ!)
- Профилактика повышения – положение головы, осторожный уход, осторожные санации (особенно ФБС)
- Лечение – маннитол и гипертонический натрий (ТОЛЬКО БОЛЮСЫ)

ОРИТ – водно-электролитные расстройства

- Калий плазмы – только норма
- Натрий плазмы – лучше норма
- Гипонатриемия - в острейшем периоде лучше коррекция, в остром – не всегда
- Гипернатриемия – коррекция почти всегда опасна, не является противопоказанием к гиперосмоляльным препаратам (при их необходимости)

ОРИТ – септические осложнения

- Асептика труднее выполняется персоналом, но легче переносится больным. Антисептика (включая антибиотики) – наоборот
- Внимание к стерильности манипуляций и процедур, предпочтение замкнутым системам, предупреждение «кроссовера микрофлоры»

Антибиотики

- Знание «своей» микрофлоры
- Не затягивать АБ-терапию и не назначать «на всякий случай»
- Суточные дозы препаратов – максимально переносимые (не экономить!)
- Учет фармакокинетики: хотя бы дозо- и время-зависимости

Питание

- Максимально рано – энтеральное (желудочный зонд, тонкокишечный зонд)
- Парентеральное – через неделю при неэффективности многократных попыток энтерального питания и его фармакологической стимуляции. Хотя с этим многие не согласны!
- Парентеральное вместе с энтеральным – у долго лежащих больных после длительного периода гиперкатаболизма
- Гастростома – при сохранности нарушений глотания в течение 1-2 мес

Профилактика язв ЖКТ

- Фармакотерапия – только при устойчивой невозможности энтерального питания, (опция – при «язвенном анамнезе»)

Противосудорожные препараты

- Не надо первичной профилактики судорог
- Экстренное лечение и обязательная вторичная профилактика судорог в острейшем и остром периоде
- Взвешенные решения о применении антиконвульсантов в подостром периоде

Реабилитация

- Тоже задача реаниматолога!
- Три кита:
 1. фармакотерапия
 - 2 речевая стимуляция и логопедическая работа
 - 3 профилактика контрактур и пассивно-активная двигательная стимуляция

Фармакотерапия – это не нейропротекция, а нейростимуляция

- Начальный этап – холиномиметики (цераксон, нейромидин)
- Далее, в зависимости от динамики неврологического статуса, холиномиметики или глутаматоблокаторы (амантадин)
- Раннее использование ГАМК-ергических препаратов при избыточном возбуждении (фенибут)
- Назначение полипептидов при стабилизации состояния больного с последующим длинным «хвостом»

Реабилитация – четвертый «КИТ»

- Диагностика бульбарных расстройств и их лечение
- Деканюляция трахеи по «местным» и неврологическим показаниям
- Местные показания – нет нарушений глотания и нет опасности стеноза
- Неврологические показания – достаточный уровень бодрствования (как минимум, попытки к речи)

Почти классическое...

- Вот вы говорите «Собака – друг человека». А я вам скажу : «Управдом – друг человека»
хит 60х годов 20 века «Бриллиантовая рука»
- Реаниматолог – друг человека (с черепно-мозговой травмой, например)

