

хворих поділено на: основну (13 осіб) і контрольну (15 осіб) групи. Пацієнти основної групи отримували раннє зондове ентєральне (сумішню Берламін) і парентєральне (Аміноплазмаль Е 10%, Сорбілакт, Ліпофундин 10% МСТ/МЛТ, Глюкоза 10%) харчування. Хворі контрольної групи отримували лише Берламін.

Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою Hunt-Hess, стан свідомості за ШКГ, вираженість неврологічних розладів за шкалою Всесвітньої Федерації нейрохірургічних товариств. Наслідки ЧМТ оцінювали за шкалою наслідків Глазго. Критерії оцінки враховували фізичний, неврологічний і поведінковий стан пацієнта.

Результати та їх обговорення. На момент виписки із стаціонару лише у 15,3% пацієнтів основної та 6,7% хворих контрольної групи спостєрігався незначно виражений неврологічний дефект. 33,3% пацієнтів контрольної групи і 23% пацієнтів основної виписані з тяжкими функціональними розладами, що в подальшому може завершитись стійким вегетативним станом або поступовим покращенням. Помірні функціональні розлади зафіксовані у 30% хворих основної і 20% контрольної груп.

Летальність в основній групі склала 30,77%, в контрольній — 40%.

Висновки: застосування раннього ентєрального і парентєрального харчування у хворих з важкою ЧМТ є виправдане, оскільки дозволяє адекватно проводити білково-енергетичну корекцію, зменшує летальність, покращує якість життя у віддаленому періоді.

Neurostimulation for patients in vegetative state

Tetsuo KANNO

Fujita Health University, Japan,

Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,

Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN

TEL:+91-562-93-9253

FAX:+91-562-93-3118

E-mail: tkanno@fujita-hu.ac.jp

We have developed a new treatment for patients in vegetative state since 1986. Dorsal column stimulation had been used for the treatment of spasticity, motor disorders, epilepsy, etc. We first used this stimulation for the treatment of spasticity, but during that treatment we accidentally found this stimulation to increase the activity and cognition of these patients. It led to the usage of similar stimulation for a treatment of vegetative state.

The neurostimulation was performed in 214 cases so far, all of which satisfied the definition of the persistent vegetative state (awake, but no cognition, at least more than 3 months). Out of these cases, 25% resulted in excellent response, 52% resulted in a positive and in 22% — the treatment was non-effective.

Available data show a spontaneous recovery rate from vegetative state around 5%. Our long-term results surely indicate a better outcome than the natural course.

There have been several basic studies regarding the action mechanisms of the stimulation, such as the increase of γ -CBF, the enhancement of catecholamine metabolism, increase of the acetylcholine, etc. by the stimulation.

The clinical indications for stimulation in vegetative state are focused on those case, where more favorable results can be observed, as in a condition of traumatic origin, young patients, absence of large low density areas on CT, and a γ -CBF more than 20ml/min/ 100gm. According to these characteristics, the severity in persistent vegetative state cases can be graded, although all of them satisfy the common clinical definition completely. We are now trying to make a grading of PVS according to the γ -CBF, CT image and Tensor imaging of the limbic system.

The data and the cases will be shown.

Хирургический доступ к внутрижелудочковым менингиомам головного мозга

Кариев М.Х., Алимов Р.А., Алимов Д.Р.

Республиканский Научный Центр
Нейрохирургии МЗРУз.

100000, Ташкент, ул. Каблукова 5,
(+99871) 1341585, kariev@bcs.com.uz

Внутрижелудочковые менингиомы считаются довольно редким заболеванием и составляют 0,5—4,5% всех менингиом. В виду того, что внутрижелудочковые менингиомы в большинстве случаев доброкачественны и резистентны к лучевой и химиотерапии, основной метод их лечения — хирургическое удаление.

Данному заболеванию обычно подвержены лица преимущественно старше 30 лет, причем женщины — в 2 раза чаще мужчин. Появление неврологической симптоматики, как правило, обусловлено вентрикуломегалией вследствие окклюзии ликворопроводящих путей либо в результате воздействия опухолевого узла на прилежащие зоны мозга.

Медленный рост менингиом объясняет часто длительный бессимптомный анамнез даже при опухолях больших и гигантских размеров.

Точный топический диагноз, исходную зону роста, размеры, васкуляризацию опухоли и ее взаимоотношения с прилежащими анатомическими образованиями позволяют установить КТ-, МРТ-, и МР-ангиография.

Материалы и методы. В нашей клинике в период с 2000 по 2006г. прооперированны 134 больных с интравентрикулярными менингиомами, из которых значительная часть расположена в области боковых желудочков. 63 больным применяли подход к опухоли через верхнюю теменную область. Преимуществами этого доступа низкий риск развития зрительных нарушений в послеоперационном периоде. 34 больным проводили трепанацию затылочной доли при гигантских менингиомах бокового желудочка, распространяющихся в задний рог. У этих больных отмечалось гомонимная гемианопсия. К менингиомам, расположенным в области переднего рога бокового желудочка 37 больным проводили фронтальный доступ.

Результаты и обсуждение. Послеоперационное внутрижелудочковое кровоотечение — наиболее грозное осложнение, способное привести к гибели больного. Кровоотечение обусловлено недостаточным контролем за состоянием гемостаза в ходе операции, нарушением венозного дренажа, следствием чего может явиться инфаркт перифокальной зоны и кровоизлияние в ложе удаленной опухоли.

Выводы. При адекватном хирургическом подходе в значительной степени способствует снижению частоты послеоперационных осложнений, улучшению качества жизни оперируемых больных.

Развитие нейрохирургии в Крыму в послевоенные годы

*Касьянов В.А., Вербицкая Г.Д.,
Дышловой В.Н., Игнатенко В.П.*

*Симферополь, Крымское Республиканское
Учреждение «Клиническая Больница
им. Н.А. СЕМАШКО», Республиканский
нейрохирургический центр*

Одна из самых современных и в тоже время древних профессий — нейрохирургия — не обошла своим вниманием Крым. В послевоенное время здесь лечились, обретая здоровье, раненые и пострадавшие в Великой Отечественной войне (курортах Крыма и госпиталях). Консультантом в Симферополе работал военный хирург Калужский А.Л.

В 1953 г. в Крым была направлена группа профессоров, среди которых была нейрохирург профессор В.Л. Лесническая из г. Ленинграда. Научная деятельность и талант, которой смогли создать в Крыму нейрохирургическую школу.

Вначале при хирургическом отделении были размещены нейрохирургические койки и приняты на работу первые клинические ординаторы Воробьев Ю.А. и Собошанский Г.В. Началось восстановление разрушенного войной здания, где впоследствии открылось отделение на 30 коек. Руководила отделением нейрохирургии бывший военный нейрохирург Н.Е. Воробьева, затем на этом посту ее сменили Собошанский Г.В., Пошерстник Л.С., Баранов М.А., Дышловой В.Н. . Благодаря настойчивости и таланту не только как нейрохирурга, но и архитектора проф. Леснической В. Л был составлен проект и воплощено в жизнь строительство нового здания нейрохирургического отделения на 85 коек в 1980г.

Отделение пополнилось новыми кадрами, влюбленными в свою профессию и отдающие весь свой энтузиазм молодости на освоение профессии и усовершенствование в ней, такими, как Вербицкая Г.Д., Воробьев Ю.А. . Несколько позже начали плодотворную работу талантливые, преданные делу нейрохирургии Зинченко В.Г., Корченков И.С., Кузьмищенко Ю.В. После развала СССР отделение переживало не лучшие свои годы, но смогло сохранить свой основной кадровый состав.

В 1996 году был организован Республиканский нейрохирургический центр на 81 койку с отделениями нейрореанимации, экстренной нейрохирургии и плановой нейрохирургии. По возможности отделение было укомплектовано новой аппаратурой — ЭхоЭС, СКТ, более современным оснащением операционных, что помогало расширить возможности хирургического лечения больных. Осваивались новые методики медикаментозного лечения при черепно-мозговой травме, травмах периферических нервов, новые методики оперативных вмешательств при травмах позвоночника и спинного мозга, при остеохондрозах.

В настоящее время одним из приоритетных направлений является разработка и внедрение современных диагностических и лечебных мероприятий

при цереброваскулярной патологии, в рамках принятой Республиканской Программы по кардио — и цереброваскулярной патологии, в разработке и реализации которой нейрохирурги Крыма приняли самое активное участие.

Первым руководителем центра был профессор В.В. Могила, а затем с 2003 года В.А. Касьянов, который в настоящее время является заведующим Республиканским нейрохирургическим центром, главным нейрохирургом МЗ АР Крым, председателем Ассоциации нейрохирургов Крыма.

Благодаря большому административному таланту В.Л. Леснической были созданы и открыты отделения в Ялте, Керчи и Севастополе. Несколько позже нейрохирургические койки открыты в Евпатории, Саках, Феодосии, Бахчисарае, Алуште, Краснопереконске. При детской Республиканской больнице открыты нейрохирургические койки (1996 г).

В настоящее время в Крыму работает 37 нейрохирургов, из них трое — к. м. н., 14 врачей высшей категории, из них один заслуженный врач Украины. Нейрохирургами Крыма осуществляется экстренная и консультативная и оперативная помощь в городах и районах Крыма (более 300—400 вызовов в год) и в санатории им. Н.Н. Бурденко г. Саки (спинальная патология).

Нейрохирурги Крыма активно участвуют в конференциях, съездах, симпозиумах, не только республиканских, но и международных, что помогает нейрохирургам быть в курсе всех современных методов лечения больных, применять новые методики лечения и оперативных вмешательств.

Анализируя богатую историю, видя много активных, талантливых молодых нейрохирургов, жадно перенимающих опыт и лучшие традиции нейрохирургической школы, можно с уверенностью смотреть в будущее крымской нейрохирургии.

*Главный нейрохирург МЗ АР Крым
В.А. Касьянов. 02.04.2007г.*

Гидроцефалия (симптом, синдром, заболевание). Проблемы диагностики и лечения

Хачатрян В.А.

*ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,
Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12;
тел. 273-80-96, e-mail: kimoza@mail.ru.*

Материал и методы. Проведен анализ исходов 2416 операций 1600 больным с гидроцефалией в возрасте от 2 нед. до 69 лет.

Результаты. Установлено, что на ранних этапах развития гидроцефалии ведущим в патогенезе является первопричина, обуславливающая гиперсекрецию спинномозговой жидкости (СМЖ), окклюзию ликворных путей или, реже, гиперсекрецию СМЖ. Биомеханические свойства краниоспинальной системы (КСС) ближе к нормальным, этиопатогенетическое лечение обычно эффективно. На поздних этапах развития заболевания на фоне деформации ликворных полостей, снижения эластичности КСС формируется патологическая система, в основе которой лежит транзиторная окклюзия ликворных путей и синусов твердой мозговой оболочки, снижение перфузионного давления мозга, облитерация субарахноидальных щелей, которые функционируют