

фальные функции, способствует более быстрому восстановлению адекватного спонтанного дыхания, улучшает уровень сознания и нормализует акт глотания. Применение способа позволяет уменьшить количество нейроцифральных осложнений и улучшить общий исход заболевания.

Досвід використання моніторингу внутрішньочерепного тиску у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою

Дзяк Л. А., Зорін М. О.,
Сірко А. Г.

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровська обласна
клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова,
пл. Жовтнева 14., Дніпропетровськ, 49005,
8-0562-7135113, neurosirko@ua.fm

Мета. Провести аналіз ефективності та безпечності використання моніторингу внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ).

Матеріали та методи. Проведено аналіз ефективності використання моніторингу ВЧТ у 20 хворих з ТЧМТ, що знаходились на лікуванні у відділенні нейроанестезії Дніпропетровської обласної клінічної лікарні в 2006—2007 роках. Моніторинг ВЧТ проводили хворим з оцінкою 4—7 балів за шкалою ком Глазго та наявністю патології на комп'ютерних томограмах (гематоми, вогнища забою). Вимірювання ВЧТ проводили паренхіматозними (14 випадків) та вентрикулярними (6 випадків) датчиками на моніторі Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany). Дана система моніторингу відноситься до пневматичних систем вимірювання ВЧТ. Система складається з резервуару, що заповнений повітрям (об'єм 0,05—0,1 мл) та з'єднаний з електронним перетворювачем за допомогою поліуретанової трубки. Перетворювач тиску, процесор і компресор інтегровані в монітор вимірювання ВЧТ. Слід відзначити одну з позитивних властивостей монітору — щогодинне автоматичне калібрування нульового тиску у відповідності з атмосферним тиском. Автоматичне калібрування при включенні дозволяє також від'єднувати датчик від монітору (наприклад при транспортуванні хворого). За допомогою інтерфейсу RS232 монітор ВЧТ з'єднували з персональним комп'ютером, що дозволяло візуально оцінювати форму хвилі, зберігати і опрацювати отримані дані.

Результати та їх обговорення. При відсутності технічних труднощів встановлювали вентрикулярні датчики, що дозволяло не тільки вимірювати ВЧТ, але й проводити корекцію при його зростанні. Слід зазначити, що будова вентрикулярного датчика дозволяє вимірювати ВЧТ інтрапаренхіматозно. Паренхіматозні датчики встановлювали при наявності вузьких шлуночків мозку, що були здавлені та зміщені внаслідок вираженого набряку мозку. У хворих з внутрішньочерепними гематомами та контузійними вогнищами, що підлягали видаленню, встановлення датчика проводили першим етапом, що дозволяло контролювати ВЧТ під час операції, визначати декомпресійний ефект кожного з етапів операції та всієї операції в цілому. Лікування 17 хворих включало ранню евакуацію гематом та контузійних вогнищ, що зумовлювали стиснення мозку та об'ємний вплив на нього.

Корекція внутрішньочерепної гіпертензії в післяопераційному періоді була основана на двох принципах: дії від простого до складного та чіткому обґрунтуванні кожного кроку зростання агресивності інтенсивної терапії. За рахунок підняття головного кінця, усунення причин, що порушують венозний відтік із порожнини черепа, боротьби з гіпертермією, усунення рухового збудження та судомних проявів, підтримання адекватного церебрального перфузійного тиску, підтримання адекватної оксигенації, усунення гіперкапнії, в більшості випадків вдавалося нормалізувати ВЧТ. Якщо перелічені компоненти інтенсивної терапії не призводили до нормалізації ВЧТ, проводили контрольне КТ-дослідження для виключення відстрочених гематом і вогнищ забою, та застосовували наступні методи: при наявності вентрикулярного датчика проводили парціальне введення ліквору в стерильну закриту систему; болюсне введення манітолу; помірну гіпервентиляцію. Якщо, незважаючи на вказані заходи, ВЧТ залишався високим чи наростала дислокаційна симптоматика, використовували більш агресивні методи: барбітуровий наркоз, декомпресійну краніотомию.

Тривалість моніторингу ВЧТ становила від 4 до 14 діб. Датчик видаляли при позитивній динаміці в неврологічному стані хворого, позитивній динаміці за результатами контрольного КТ-дослідження та показниках ВЧТ на протязі 24 годин менше 20 мм. рт. ст.

При застосуванні паренхіматозних та вентрикулярних датчиків жодного випадку інфекційного чи геморагічного ускладнення відзначено не було. Також не спостерігали випадків самостійного видалення датчика, пошкодження балону чи катетеру.

Висновки. Використання вентрикулярних та паренхіматозних датчиків для монітору Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany) — ефективний і безпечний метод контролю ВЧТ у хворих з ТЧМТ.

Вплив раннього енттерального і парентерального харчування на перебіг посттравматичного періоду у хворих з важкою ЧМТ

Фрончко В. П., Колихан В. П.,
Іванюшко В. Л., Вознюк В. Л.

Луцька міська клінічна лікарня,
м. Луцьк, 43025, пр. Відродження, 13,
тел. 5-25-61, e-mail: cholm@ua.fm

При важкій ЧМТ летальність пов'язана не лише з пошкодженням нервових структур, але й з ускладненнями, що розвиваються на фоні вираженої білково-енергетичної недостатності.

Метою роботи є обґрунтування доцільності і необхідності застосування раннього енттерального і парентерального харчування у хворих з важкою ЧМТ, вивчення впливу на неврологічний прогноз, летальність чи довгострокове виживання і якість життя.

Матеріали та методи. Обстежено 28 хворих з важкою ЧМТ. Серед них 24 (85,7%) — чоловіки, 4 (14,3%) — жінки. Вік від 19 до 45 років. У всіх пацієнтів діагностовано важку ЧМТ, забій головного мозку важкого ступеня. В залежності від типу живлення

хворих поділено на: основну (13 осіб) і контрольну (15 осіб) групи. Пацієнти основної групи отримували ранне зондове ентєральне (сумішню Берламін) і парентеральне (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 спостерігався незначно виражений неврологічний дефект. 33,3% пацієнтів контрольної групи і 23% пацієнтів основної виписані з важкими 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 парентерального 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. Каблуква 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 кровотечение — наиболее грозное осложнение, способное привести к гибели больного. Кровотечение 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.