

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.