

level of cortisol, glukagon and the hormon of growth were increased and the level of insulin was decreased.

Hormonal balance and other metabolic changes had a tendency of normalization in case of parenteral nutrition.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веретинд А., Суджан А. В. Внутривенное питание. М.—Стокгольм, 1984.
2. Clark R. G. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1973, 66, 755. 3. Weiss G. M., Schramm A., Barzilai A., Assa J. Congress International de Nutrition Parenterale. Abstracts, Montpellier 12—14 Sept., 1974. 4. Mazfajden B. V., Dudrick S. J. Congress International de Nutrition Parenterale. Abstracts, Montpellier 12—14 Sept. 1974.

УДК 616.853—089

К. Я. Оглезнев, Г. Г. Шагинян

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Хирургическое лечение больных с травматической эпилепсией (ТЭ) в настоящее время базируется на следующих принципах: 1) возможность установления при помощи современных диагностических способов ряда патологических субстратов в головном мозге, являющихся активными в возникновении эпилептического разряда и участвующих в его распространении; 2) возможность хирургического воздействия на эпилептический очаг или структурные элементы эпилептической и противоэпилептической систем нередко с достижением прекращения или уменьшения частоты и тяжести эпилептических припадков, а также коррекцией ряда нарушений психоэмоциональной сферы у больных.

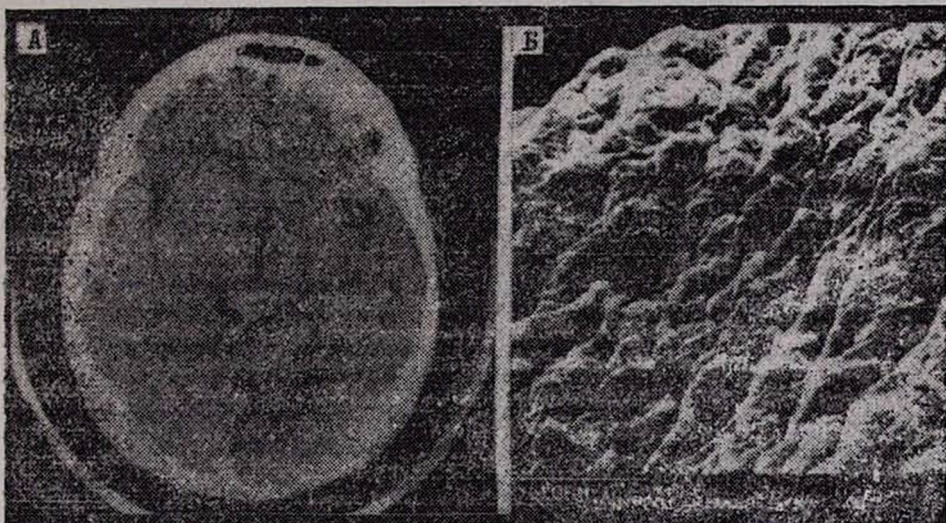
В клинике ЦИУВ (на базе нейрохирургического отделения клинической больницы им. С. П. Боткина) за период 1990—1992 гг. обследовано 19 больных ТЭ, из них оперативное вмешательство произведено у 15.

Больных амбулаторно обследовали эпилептолог и нейропсихолог. Во всех случаях производились электроэнцефалография, краниография, нейроофтальмологическое обследование до и после операции, компьютерная томография головного мозга, трем больным сделана керотидная ангиография. Возраст больных—15—47 лет, мужчин—12, женщин—7. У 9 больных в анамнезе отмечена закрытая черепно-мозговая травма, у 10—открытая. Ранее 12 больных подвергались оперативному вмешательству по поводу внутричерепных гематом. Длительность заболевания с момента травмы до появления первого эпилептического припадков—от 6 месяцев до 5 лет, в анамнезе припадков отмечены в течение 7 месяцев—34 лет. Многие больные в момент обращения в клинику имели группу инвалидности.

Для решения поставленных задач наряду с клинико-инструментальным обследованием больных проявлялся дифференцированный подход к хирургическому лечению каждого больного.

Основными показаниями к поэтажной пластике после удаления оболочечно-мозгового рубца или менинго-энцефалолиза мы считали: 1) наличие очага или очагов эпилептической активности; 2) прогрессирующее течение заболевания, резистентность его к лекарственному лечению; 3) наличие синдрома трепанированных.

Операции производились под общим обезболиванием с использованием операционного микроскопа и ультразвукового микрохирургического инструментария. У 12 больных произведен менингоэнцефалолиз, удалены оболочечно-мозговой рубец (рис. 1, А), инородные тела, вскрыты арахноидальные и внутримозговые кисты с одномоментной поэтажной пластикой дефектов и костей черепа.



А.—компьютерная томограмма больного Е. Оболочечно-мозговой рубец в левой теменно-затылочной области, деформация заднего рога левого бокового желудочка.

Б—сканирующая электронная микроскопия консервированной твердой мозговой оболочки.

Для пластического закрытия оболочек использовали амниотические оболочки и куски твердой мозговой оболочки, взятые у трупов скоропостижно скончившихся молодых людей в первые 20 часов после смерти. У погибших исключались туберкулез, СПИД, отравления тяжелыми металлами. Взятый материал обрабатывался по оригинальной технологии в растворах с рН 2,5—10 с применением ультразвука и последующим гамма-облучением в дозе 13000 Гр (рис. 1, Б). Облучение обеспечивает стерилизацию и подавление остаточных антигенных свойств трансплантатов. Трансплантаты сохраняют свои свойства при комнатной температуре до 3 лет, производятся в НПО «Иммунопрепарат» (г. Уфа). Для закрытия дефектов костей свода черепа использовали протакрил.

В послеоперационном периоде все больные индивидуально получали противосудорожные препараты, при назначении которых не только не возникают припадки, но и полностью исчезает «ощущение начала припадка». У 10 из 12 оперированных больных в ближайшем послеоперационном периоде наблюдался легкий парез противоположных очагу конечностей, который впоследствии регрессировал. Эпилептические припадки не наблюдались у 10 больных, у двух изменился характер припадков (исчезли генерализованные припадки, наблюдались легкие судорожные подергивания типа джексоновских припадков длительностью до 1 минуты). Наблюдение за больными велось в течение 0,5—1,5 года.

Трем больным было произведено рассечение мозолистого тела. Первая больная умерла на вторые сутки после операции от ишемических нарушений в стволе мозга, у второй больной припадки типа абсансов наблюдались в два раза реже, у третьего больного эпилептические припадки полностью прекратились (нейропсихологических выводов у больных не наблюдалось).

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что одномоментная операция на головном мозге и оболочках с пластическим закрытием дефектов мозговых оболочек и костей свода черепа при ТЭ дает обнадеживающие результаты. Использование аллотрансплантатов для пластики является методом выбора в тех случаях, когда аутопластика представляется возможной.

Кафедра нейрохирургии ЦИУВ, Москва

Поступила 12/XII 1991 г.

4. Ցա. Օգնեցնե, Գ. Գ. Շահինյան

ՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ԷՊԻԼԵՊՏԻԱՅԻՆ ԶԻՎԱՆՈՒՆԵՐԻ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

1990—1992 թթ. հետազոտվել են տրավմատիկ էպիլեպսիայի կլինիկական պատկերով 15—47 տարեկան 19 հիվանդներ (12 տղամարդ և 7 կին): Նրանցից վիրահատվել են 15-ը: Բոլոր հիվանդները ենթարկվել են մանրամասն հետազոտության (էլեկտրաուղեղագիր, զանգի ռենտգեն նրկարահանում, նյարդաօֆթալմոլոգիական քննություն, կոմպյուտերային տոմոգրաֆիա վիրահատությանց առաջ և հետո): Նախկինում 12 հիվանդներ վիրահատվել են ներգանգային արյունակույտների հեռացման կապակցությամբ: էպիլեպսիկ նոպաների տևողությունը 7 ամսից մինչև 34 տարի:

12 հիվանդների մոտ կատարվել է մենինգոէնցեֆալոլիզ, թաղանթաուղեղային սպիի, օտար մարմինների հեռացում, արախնոիդալ և ներուղեղային պարկերի բացազատում, արախնոիդալ, կարծր թաղանթների և ոսկորի դեֆեկտի պլաստիկա: Որպես պլաստիկ թաղանթ օգտագործվել են հատուկ մշակման ենթարկված ամիոտիկ և կարծր ուղեղային թաղանթ: Ոսկորի դեֆեկտի պլաստիկան կատարվել է պրոտակրիլով:

Նրեք հիվանդի մոտ կատարվել է առաջային կալլոզոտոմիա (բրտամարմնի հատում):

Վիրահատված 15 հիվանդներից մահացել է 1, նոպաները վերացել են 11, նոպաների բնույթը փոփոխվել է 3 հիվանդի մոտ:

Surgical Treatment of Patients with Traumatic Epilepsy

19 patients with traumatic epilepsy, 15 of which had been operated, were investigated. In all cases EEG, craniography, neuro-ophthalmological study were performed before and after the surgical interventions. 12 were operated because of intracranial hematomas. Epileptic seizures developed from 7 months to 34 years before admission.

In 12 patients operation consisted of meningoencephalolysis, meningo-cerebral scar and foreign body removal, opening of arachnoidal, dural and bone defects plasty. Conserved by an original technique amniotic and dural parts were used as plastic materials. Anterior callosotomy was performed in 2 patients.

From 15 operated patients 1 died, 11 had complete relief of epileptic seizures and 3—had changes in the character of epileptic activity.

УДК 615.874:612.39

А. В. Суджан, Р. А. Шекоян, Г. Г. Мхоян, А. Р. Шекоян

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАРЕНТЕРАЛЬНОМ ПИТАНИИ

Наряду с положительными сторонами парентерального питания (ПП), нельзя забывать об опасности осложнений, к которым оно может привести. Мы провели анализ осложнений при парентеральном питании у 1292 больных раком желудка. Возраст больных—40—70 лет.

Все осложнения были разделены на четыре основные группы: технические, инфекционные, метаболические и непереносимость препаратов.

Среди технических осложнений прежде всего необходимо отметить неудачную пункцию подключичных вен в результате недостаточного опыта врача, а также отсутствия специального высококачественного технического оснащения для катетеризации крупных венозных стволов. На втором месте в этом ряду осложнений стоит выпадение или смещение катетера. Для предупреждения этого осложнения важное значение имеет нахождение кончика катетера в пределах правого предсердия (рентген-контроль, а также надежная фиксация катетера у пункционного входа). Возникновение такого осложнения как пункция подключичной артерии связана с неправильным направлением иглы во время пункции подключичной вены. При установлении факта пункции подключичной артерии игла немедленно удаляется, а место прокола надавливается с помощью стерильного тампона (табл. 1). Нередко осложнения катетеризации подключичных вен выявляются только на вскрытии. Это те случаи, когда при жизни больных осложнения катетеризации проходят бес-