

вмешательства с последующим транскраниальным удалением (МХ+ЭВ) самой АВМ-9.

Радикальність виключення АВМ из кровотока при различных видах хирургического лечения составила: 15 пациентов с тотальной и 4 с субтотальной девакуляризацией после МХ; 15 с тотальной, 14 с субтотальной и 4 с частичной после ЭВ; 9 с тотальной и один с субтотальной после ЭВ+МХ.

Отсутствие существенных нарушений жизнедеятельности, несмотря на наличие некоторых симптомов болезни отмечено у 39. В этой группе больных АВМ девакуляризована тотально — 23, субтотально — 15, частично — 1.

Легкое нарушение жизнедеятельности, неспособность выполнять некоторые прежние обязанности, но справляться с собственными делами при посторонней помощи зафиксировано у 20. Показатель радикальности в этой группе составил: тотально — 16, субтотально — 3, частично — 1.

Умеренное нарушение жизнедеятельности: неспособность ходить без посторонней помощи, неспособность справляться со своими физическими потребностями без посторонней помощи была у 3. Из них АВМ «выключена» субтотально — 1, частично — 2.

Выводы. Исходя из полученных результатов можно сделать вывод о том, что первая степень нарушений функции и выраженности нарушений жизнедеятельности по шкале Rankin Scale была отмечена в группе больных с максимальной степенью девакуляризации АВМ.

Результати хірургічного лікування та оцінка якості життя у хворих, оперованих з приводу розривів артеріальних аневризм головного мозку на фоні церебрального ангіоспазму

Мороз В.В., Цімейко О.А.

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,
04050, Київ, вул. Мануїльського, 32,
(044) 486-95-03, brain@neuro.kiev.ua*

Вступ. Церебральний вазоспазм (ЦВС) є основною причиною розвитку ішемічних ускладнень при розривах артеріальних аневризм (АА) головного мозку і може приводити до інвалідизуючих неврологічних порушень і смерті внаслідок розвитку інфаркту мозку

Мета дослідження. Оцінка результатів хірургічного лікування та якості життя у хворих, оперованих з приводу розривів АА головного мозку на фоні ЦВС.

Матеріал та методи дослідження. Робота ґрунтується на аналізі результатів комплексного обстеження та лікування 256 хворих з розривами АА головного мозку на фоні ангіоспазму, які були оперовані в клініці судинної нейрохірургії інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова в період з 2000 по 2003 рік включно. Чоловіків було 155, жінок — 101. Вік хворих — від 19 до 67 років, переважаюча кількість (77,7%) — від 31 до 67 років.

Тяжкість стану хворих оцінювали за класифікацією W. Hunt і R. Hess (Н — Н) (1968). Функціональні зміни після оперативного втручання, перед випискою

пацієнта із стаціонару, оцінювали за уніфікованою шкалою наслідків Глазго (N. Kassell et al., 1991).

Результати. Із 256 хворих мікрохірургічним методом прооперовано 214, ендovasкулярним — 42. Післяопераційна летальність у хворих, оперованих на фоні ЦВС, склала 21,1% (померли 54 пацієнти), інвалідизуючі ускладнення — 5,5% спостережень. Найменша післяопераційна летальність була серед хворих із тяжкістю стану I і II ступенів за шкалою Н-Н (4,1% і 5,5% відповідно). У пацієнтів із III ступінню післяопераційна летальність склала 15,4% (померло 14 хворих), при IV ступені — 45,6% (26 випадків). Найвища летальність спостерігалась при V ступені тяжкості за шкалою Н-Н — померли 9 пацієнтів із 12 (75%). Наявність ЦВС визначала більш високу частоту летальних наслідків і зменшення кількості позитивних результатів. Нами встановлена взаємозалежність ішемічного ураження головного мозку та результатів оперативного лікування хворих з розривами АА, обтяжених ЦВС: добрі і задовільні результати після оперативних втручань при компенсованій формі ішемії головного мозку отримали у 88,2% хворих, післяопераційна летальність у даній групі хворих становила 11,8%. При наявності клінічних та інструментальних ознак субкомпенсованої ішемії мозку відмічалось значне зниження добрих і задовільних результатів до 18,8%, зростання післяопераційної летальності до 43,8%. Розвиток декомпенсованої форми ішемії головного мозку, зазвичай, супроводжувався значним поглибленням неврологічної симптоматики, прогресивним погіршенням стану пацієнтів. Післяопераційна летальність у даній групі хворих склала 81,5%.

Обговорення. Оцінка наслідків оперативного лікування хворих з ЦВС вказує на збільшення частоти летальних наслідків в залежності від розповсюдженості ЦВС, тяжкості стану, наявності ішемічного ураження головного мозку, зумовлює більшу частоту формування неврологічного дефіциту після хірургічного втручання.

Якість життя пацієнтів, оперованих з приводу нетравматичних внутрішньомозкових гематом (НВГ)

*Ольхов В.М., Венцківський Л.О.,
Венцківський І.Л., Горбатюк К.І.,
Кириченко В.В., Чирка Ю.Л.,
Обертинський В.А., Долгополова Р.А.,
Кудіна О.М., Ольхова І.В.*

*Вінницька обласна психоневрологічна
лікарня ім. акад. О.І. Ющенко,
нейрохірургічне відділення, 21005, м. Вінниця,
вул. Пирогова, 109. тел. 8-0432-321580,
e-mail: i_ven@svitonline.com*

Вступ. Якість життя пацієнтів, що перенесли операцію з приводу геморагічного інсульту набуває значення в практичній медицині.

Мета. Визначити критерії якості життя пацієнтів, оперованих з приводу НВГ.

Матеріали і методи. Проаналізовано 21 історію хвороби хворих з НВГ, які були прооперовані в обласному нейрохірургічному відділенні у 2006 р. Катamnез склав 4 місяці. Якість життя оцінювалась за шкалою наслідків Глазго (Glasgow Outcome Scale).

Результати та їх обговорення. Кількість оперованих хворих з НВГ склала 27% від усіх пацієнтів з ГПМК, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні за цей період часу. Серед оперованих чоловіків було 12(57%), жінок — 9(43%). Середній вік хворих 51 рік. При вступі стан хворих оцінювався по ШКГ: 5 пацієнтів — 4—6 балів, 2 — 7—9 балів, 14 — 13—15 балів, та по Hunt-Hess: II ст. — 8 хворих, III ст. — 6, IV ст. — 5, V ст. — 2.

НВГ у 10 випадках спостерігались в лівій півкулі, 11 — в правій. Об'єм НВГ від 50 до 180. Варіант локалізації НВГ у 9 випадках латеральний, 7 — серединно-внутрішній, 5 — тотальний. Причинами НВГ були ГХ — 20 випадків, АВМ — 1.

В діагностиці використовувались СКТ, МРТ, МР-АГ.

Операції виконувались в строки від 6 годин до 21 доби. Серед усіх хворих 4 були прооперовані пункційно-аспіраційним методом, 17 з використанням КПТ, енцефалотомії, тотального видалення НВГ. В зв'язку з рецидивом НВГ виконана одна повторна операція. Якість життя через 4 місяці: відновлення — 5 (23,8%), помірна інвалідизація — 6 (28,7%) хворих, груба інвалідизація — 5 (23,8%), апалічний синдром — 1(4,7%). Померло 4 пацієнта (19%).

Висновки. Критерії якості життя хворих, що перенесли операцію з приводу НВГ залежать від:

1. Швидкої доставки пацієнтів в лікувальні заклади вторинного рівня і встановлення діагнозу інсульту,

2. Своечасного направлення в Центр цереброваскулярної нейрохірургії, де виконуються сучасні методи діагностики (СКТ, МРТ, МР-АГ, УЗДГ),

3. Адекватності оперативних втручань залежно від часу виникнення НВГ, її локалізації та об'єму.

Качество жизни больных в течение первого года после эмболизации артериовенозных мальформаций гистакрилом

*Панунцев В. С., Иванова Н. Е.,
Андреева Е. С.*

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт имени
проф. А. Л. Поленова. 191014, Санкт-
Петербург, ул. Маяковского 12. Тел. 495-2132,
e-mail: elena-sergeevna2005@yandex.ru*

Целью настоящего исследования являлась оценка качества жизни пациентов с АВМ различной локализации и типом течения заболевания после эмболизации гистакрилом.

Материалы и методы. Всего было обследовано 30 пациентов. Средний возраст — $29,2 \pm 10,6$ лет. Учитывали локализацию, структуру и кровоснабжение АВМ, тип течения, степень радикальности выключения. Применяли шкалы Гусева и Скворцовой, индекс Бартела. 26 пациентов имели полушарную локализацию АВМ, из них 6 — в области подкорковых ганглиев, 4 — в ЗЧЯ. Всем больным выполнена суперселективная эмболизация АВМ с применением гистаакрила.

Результаты и обсуждение. При геморрагическом типе течения в 6 наблюдениях при выключении АВМ от 20 до 90%, достоверной динамики показателей качества жизни в течение первого года после

операции (в среднем 90—100 баллов по индексу Бартела) не было. В 3 наблюдениях с выключением АВМ на 90% показатели качества жизни в течение года также сохранялись на дооперационном уровне (95—100 баллов).

При эпилептическом типе течения при уменьшении объема АВМ до 75 динамика в течение года по индексу Бартела в среднем с $80,0 \pm 5,0$ до $90 \pm 5,0$ баллов.

При псевдотуморозном типе течения в послеоперационном периоде с выключением АВМ на 45—70% симптоматика сохранялась на прежнем уровне, без существенной динамики показателей качества жизни (90—95 баллов) в течение года.

При смешанном типе течения с выключением АВМ на 40—70% в 7 наблюдениях в течение последующего года качество жизни сохранялось на уровне $85 \pm 5,0$ — $100 \pm 5,0$ баллов.

Сравнительная оценка качества жизни больных с каротидно-кавернозным соустьем

*Рахматуллаева Д. С.,
Шарифуллина Ф. К.*

*Республиканский научный центр
нейрохирургии, Ташкент,
Республика Узбекистан,
700000, Ташкент, ул. Каблукова, 5,
тел. 1342532, e-mail: kariev@bcc.com.uz*

Цель исследования: сравнительная оценка качества жизни больных с каротидно-кавернозным соустьем (ККС).

Материалы и методы. Исследование качества жизни больных проводилось методом анкетирования 62 больных с ККС с различной выраженностью застойных явлений в глазнице и глазном яблоке находившихся на обследовании и лечении РНЦНХ РУз.

Результаты исследования выявили, что наличие зрительных расстройств являются одним из основных факторов снижающих качества жизни больных тесно связанных с длительностью функционирования ККС.

В ходе исследования 49(79%) больных с ККС оценили состояние своего времени как «плохое», 8 (12%) больных — как «посредственное», 5 (8%) больных — как «хорошее». Ни один из пациентов не оценил состояние своего зрения как «отличное», хотя острота зрения которых равнялась единице.

В ходе исследования 62 больных отметили, что несмотря на регулярное закапывание глазных капель, они не испытывали субъективного облегчения и не видели положительного эффекта от назначенного лечения.

После проведения эндоваскулярного вмешательства 50 (80,6%) больных оценили состояние своего зрения как «хорошее», 7 (11,2%) — «посредственное», 5 (8%) — «плохое».

Объективная оценка состояния зрения совпадает с субъективной оценкой.

Таким образом, выявлено, что своевременное и раннее выключение ККС способствует сохранению и повышению зрительных функций, что улучшает качество жизни больных.