

Улучшение качества жизни больных с посттравматической эпилепсией

*Каджая Н. В., Дядечко А. А.,
Белошицкий В. В., Бондарь Т. С.,
Болюх А. С., Кузьменко Д. А.*

*Институт нейрохірургії ім. акад
А. П. Ромоданова АМН України,
04050 Київ, вул Мануїльського, 32,
тел./факс (044) 489-31-88,
brain@neuro.kiev.ua*

Посттравматическая эпилепсия — серьезное осложнение черепно-мозговой травмы (ЧМТ), нередко приводящее к существенным ограничениям социальной активности потерпевших и ухудшающим качество их жизни. Различают ранние (в течение 7 дней после травмы) и поздние (после 7 дней) посттравматические эпилептические припадки. Данные исследований позволяют выделить следующие факторы риска развития судорог как в раннем, так и в отдаленном периодах ЧМТ: шкала комы Глазго < 10 баллов, наличие коркового ушиба, вдавленный перелом черепа, наличие эпидуральной гематомы, наличие субдуральной гематомы, наличие внутримозговой гематомы, проникающая ЧМТ, судороги в первые 24 часа после травмы.

Проведение противосудорожной терапии при посттравматической эпилепсии, несмотря на свою очевидность, сопровождается рядом неразрешенных проблем. ЧМТ вызывает продолжительные расстройства метаболизма нейронов, что позволяет рассматривать «посттравматическую нейральную депрессию» (post-traumatic neural depression) как показатель метаболических нарушений, риска осложнений и мишень для терапии. В частности, выраженность «нейральной депрессии» коррелирует с тяжестью дефицита когнитивных функций после ЧМТ (Hernandez T.D., 2006). В свою очередь, многие препараты, применяемые для лечения посттравматических судорог, являются «депрессантами ЦНС», снижающими уровень метаболизма нейронов. Имеются данные, что применение после ЧМТ бензодиазепинов, феноитоина, препаратов вальпроевой кислоты и карбамазепина нередко усугубляет отрицательные когнитивные эффекты ЧМТ.

Вышеизложенное обусловило повышенный интерес к такому антиконвульсанту как топирамат. Данное соединение, широкий фармакологический спектр которого включает механизмы блокирования каналов некоторых катионов и глутаматных рецепторов, демонстрирует способность регулировать нейрохимические и поведенческие дисфункции при экспериментальных ишемии и ЧМТ, обладая в частности нейропротективными свойствами. Так, назначение топирамата после ЧМТ в эксперименте приводило к отчетливому регрессу двигательных нарушений, улучшению когнитивных показателей, в частности, обучаемости и памяти, через 1 месяц после травмы (Hoover R.C. et al., 2004).

Нами изучалась эффективность лечения посттравматической эпилепсии у 20 больных с генерализованными эпилептическими приступами на протяжении 1 года. Топирамат (топилепсин производства фармацевтической компании «Здоровье») назначался в дозе 100—200 мг в сутки однократно. Частота припадков достоверно снизилась по сравнению с периодом до назначения противосудорожной терапии ($1,9 \pm 0,32$ в год против $5,1 \pm 1,21$). У 32% больных, получавших

топилепсин, эпилептические приступы в течение года отсутствовали. Данные результаты не отличались существенно от группы 20 больных, получавших традиционную противосудорожную терапию (карбамазепин, вальпроаты), в которой частота приступов составляла $2,2 \pm 0,81$. Однако, пациенты, получавшие топилепсин, к исходу года продемонстрировали лучшие результаты нейропсихологического тестирования в сравнении с традиционным лечением. Применялись компьютерные тесты на состояние памяти, внимания, мышления, изучалась выраженность депрессивной симптоматики методами Бека и Гамильтона. Назначение топилепсина сопровождалось достоверным снижением количества больных с депрессивной симптоматикой средней и тяжелой степени. Также отмечено, что использование топилепсина не дает изменений памяти, внимания, мышления приобрести стойкий характер в отдаленном периоде ЧМТ, что благоприятно влияет на дальнейший социально-трудовой прогноз у исследованных пациентов.

Влияние вида повреждения головного мозга и степени травматического дислокационного синдрома на исход черепно-мозговой травмы.

Климаш А. В., Бахтияров А. К.

*РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,
Санкт-Петербург, Россия.
Контактный тел. (812) 497-22-35,
e-mail: klimash@list.ru*

Цель исследования. Оценить исходы лечения больных тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) в зависимости от вида повреждения головного мозга и степени травматического дислокационного синдрома (ТДС).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 216 больных ТЧМТ. Среди них было 159 (73,6%) мужчин и 57 (26,4%) женщин в возрасте от 17 до 74 лет.

Вид повреждения головного мозга определяли на основании данных клинического течения и КТ головного мозга. При угнетении сознания непосредственно после ТЧМТ и наличии множественных контузионных очагов в подкорково-таламических и (или) стволовых отделах, поражение головного мозга оценивали как диффузное (ДПГМ) — 41 (18,9%) наблюдение. В случае верификации интракраниальных гематом и (или) очагов размозжения головного мозга с компрессией последнего, поражение расценивали как дислокационное — 175 (81,1%) случаев. Стадии ТДС оценивали в зависимости от выраженности угнетения сознания, стволовых рефлексов и нарушения витальных функций.

Результаты лечения оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. В наблюдениях ДПГМ с угнетением сознания кома I хорошее восстановление (ХВ) и умеренные нарушения жизнедеятельности (УНЖ) диагностированы у — 8,3% пострадавших, грубые нарушения жизнедеятельности (ГНЖ) — 33,3%, вегетативное состояние (ВС) — 16,7%, летальный исход (ЛИ) — 41,7%.

В случаях более глубокого угнетения сознания ХВ и УНЖ не верифицированы (0%) больных, ГНЖ — 3,4%, ВС — 27,6%, ЛИ — 69%.

Исходы ЧМТ в зависимости от стадии ТДС были следующими:

При ранних стадиях (ТДС I и II) ХВ и УНЖ установлены у 96,3 и 48,1% пострадавших, ГНЖ — 0 и 19,8%, ВС — 0 и 5,7%, ЛИ — 3,7 и 26,4% соответственно.

ТДС III стадии: ХВ и УНЖ отсутствовали во всех наблюдениях (0%), ГНЖ отмечали в 4,9% случаев, ВС — 8%, ЛИ — 87,1%.

ТДС IV стадии: ХВ, УНЖ и ГНЖ не выявлены (0%), ВС диагностировано у 3,6% больных; ЛИ — 96,4%.

При V стадии ТДС все пострадавшие (100%) погибли.

Заключение. Вид повреждения головного мозга и степень ТДС оказывают существенное влияние на исход ТЧМТ. В целом, исходы у больных ДПГМ с угнетением сознания кома I менее благоприятны, чем при ранних стадиях ТДС. В тоже время при ДПГМ с угнетением сознания кома II прогноз более благоприятен по сравнению с поздними стадиями ТДС.

Отдаленные результаты лечения травматических внутричерепных гематом

*Курбанзаде Р. К., Берснев В. П.,
Иванова Н. Е., Касумов Р. Д.*

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова. Санкт-Петербург,
ул. Маяковского, 12. Телефон 273-81-67*

Черепно-мозговая травма относится к самым тяжелым и распространенным формам поражения центральной нервной системы. В структуре травматизма тяжелые повреждения головного мозга составляют 30—40% (Лебедев В. В., 1990; Фраерман А. П. с соавт., 1997, 2001). Частота травматических внутричерепных гематом достигает 4—8% (Коновалов А. Н., Лихтерман Л. Б. и др., 2000 г.).

Цель работы. Оценить динамику неврологической симптоматики и социально-бытовой адаптации в отдаленном периоде травматических внутричерепных гематом.

Методы. Клинико-статистические, неврологические, психологические, компьютерная томография, электроэнцефалография.

Материалы. Проанализированы результаты лечения 197 больных с изолированными травматическими внутричерепными гематомами в остром и отдаленном периоде со сроками катамнеза от 1 до 22 лет. Большинство пациентов 78% — преимущественно мужчины, находилось в трудоспособном возрасте до 60 лет. По характеру гематомы: субдуральные 102 больных, эпидуральные — 40, эпилепто-субдуральные — 17, внутримозговые — 21, субдуральная и внутримозговая — 13, эпидуральная и внутримозговая — 1. По скорости развития синдрома сдавления головного мозга гематомы подразделились на острые (первые трое суток после травмы) — 151 наблюдения, подострые — 17 наблюдений, хронические — 29.

В отдаленном периоде после удаления травматических внутричерепных гематом выявляется разнообразная неврологическая симптоматика, которая по степени влияния на социально-трудовую сферу больных подразделяется на синдромы, вызывающие

грубую и умеренную инвалидизацию, а также у ряда больных отмечается выздоровление с хорошим восстановлением нарушенных функций. У больных, находившихся в стадии клинической субкомпенсации в остром периоде ЧМТ, подвергшихся более раннему и радикальному оперативному вмешательству, более часто отмечено выздоровление и развитие клинических синдромов умеренной инвалидизации по сравнению с больными, находившимися в стадии грубой декомпенсации. Ранняя диагностика и раннее проведение оперативного вмешательства уменьшают риск развития инвалидизирующих клинических синдромов. Клиническое течение отдаленного периода обусловлено сочетанием дезадаптирующих синдромов: церебрально-очаговый (19%), эпилептический (8%), гипертензионно-гидроцефальный (8%). Степень выраженности дезадаптирующих синдромов уменьшается с увеличением срока катамнеза и проводимого лечения. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у больных с гематомами снижение и утрата трудоспособности наступает в 60% наблюдений. Качество жизни пациентов определяется локализацией гематомы и выраженностью гипертензионно-гидроцефального синдрома. При локализации гематомы в функционально «незначимой» зоне мозга отмечаются лучшие показатели качества жизни индекс Бартеля 70 баллов, по шкале Пульс 9 баллов. При локализации гематомы в функционально значимой зоне показали хуже (индекс Бартеля ниже 60 баллов, по шкале Пульс до 24 балла). Первично отсроченная краниопластика у больных с последствиями черепно-мозговой травмы является одним из основных нейрохирургических методов ранней реабилитации и способствует более полному восстановлению нарушенных функций.

Таким образом, локализация гематомы и выраженность гипертензионно-дислокационного синдрома, раннее проведение хирургического лечения и первично отсроченной краниопластики предотвращает развитие неврологических дезадаптирующих синдромов, повышая уровень социальной и трудовой адаптации.

Качество жизни после хирургического и консервативного лечения хронических субдуральных гематом

*Лихтерман Л. Б., Потапов А. А.,
Кравчук А. Д.*

*Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко
РАМН, Москва, Россия. Москва, 125047,
4-я Тверская-Ямская, 16.
Тел.: 8(495) 250-08-46; e-mail: licht@aha.ru*

Введение. Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) относятся к распространенной и полностью излечимой патологии.

Цель: изучить качество жизни больных с ХСГ с учетом различных методов лечения.

Материал и метод. Прослежена динамика течения и исходы 338 наблюдений ХСГ (средний возраст больных 49,6±1,6 лет) с МРТ/КТ — контролем и изучением катамнеза на глубину до 10 лет.

Результаты и их обсуждение. Разработана концепция саногенеза ХСГ, основанная на устранении гиперфибринолиза в содержимом гематомы и управляемой внутренней декомпрессии. Поэтому в большинстве наблюдений ХСГ (89%) показана