

(асимптомні стенози, транзиторні ішемічні ПМК), I ступінь — 19 хворих, II ступінь — 18, III — 15, IV — 4 хворих, V ступінь — жодного пацієнта. У 8 хворих, яким виконувалися операції на хребтових артеріях, функціональні порушення були обумовлені оклюзіями сонних артерій. В усіх випадках під час втручання вдалося досягти задовільного відновлення прохідності МЦА в ділянці стенотичного ураження. У 7 хворих із стенозами ВСА, спостерігали позитивну динаміку відновлення неврологічних порушень вже у ранньому післяопераційному періоді. При подальшому спостереженні їх рівень соціальної дезадаптації зріс на одну ступінь. Під час виконання ЕАС у 9 хворих розвинулись ускладнення, які негативно вплинули на їх функціональний статус (ішемічні ПМК — 7, інтракраніальна геморагія — 1, соматична патологія — 1), загальна летальність склала 2,2% (2 хворих). Ішемічних ПМК в басейні виконаного втручання при динамічному спостереженні не було зафіксовано.

**Висновки.** Ендоваскулярна ангіопластика і стентування має високу ефективність у профілактиці ішемічних ПМК при атеросклеротичних стенотичних ураженнях МЦА. У переважній більшості випадків операція не має суттєвого впливу на зміну ступеню соціальної дезадаптації при використанні шкали Ренкіна. Негативним фактором, що впливає на якість життя внаслідок втручання, є ризик інтраопераційних тромбоемболічних ускладнень. При виконанні операції на внутрішній сонній артерії у ранні терміни після ішемічного ПМК у каротидному басейні і відсутності грубих деструктивних змін у мозковій речовині спостерігається значний регрес вогнищевих неврологічних порушень і суттєве покращення якості життя пацієнтів.

### Оцінка факторів ризику при ендоваскулярній емболізації церебральних аневризм спіралями і їх вплив на якість життя після операції

Костюк М.Р., Цімейко О.А.

Інститут нейрохірургії  
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,  
04050, Київ, вул. Мануїльського, 32.  
тел. (044) 486-95-03, e-mail: kostiuk@i.com.ua

**Мета.** Визначити провідні фактори ризику щодо розвитку інтраопераційних ускладнень при ендоваскулярній емболізації спіралями (ЕЕС) артеріальних мозкових аневризм (АМА) і оцінити їх наслідки.

**Матеріали і методи.** З 2004 року 84 хворим у віці від 11 до 66 років проведено 92 операції емболізації 86 аневризм спіралями, що відділяються. АМА розташовувалися у вертебро-базиллярному басейні у 37 випадках, у каротидному — в 49 спостереженнях. У 6 випадках втручання виконувались двічі і в одному тричі. Операції після розриву аневризм проводились 73 хворим (у гострому періоді — 34 випадки). Асимптомні аневризми були у 9 хворих, ізольований мас-ефект мав місце у 4 випадках. Результати лікування оцінювались за шкалою наслідків Глазго (ШНГ).

**Результати.** Повне виключення аневризми при ЕЕС було досягнуто в 27 операціях, субтотальне — у 26 і часткове — у 39 випадках. При виконанні 73 операцій не було інтраопераційних усклад-

нень. Загальна післяопераційна летальність склала 9,8% (9 спостережень) — 1 бал за ШНГ. У 4 випадках смерть була обумовлена тяжкістю стану і глибиною церебральних порушень в результаті інтракраніальної геморагії. Внаслідок тромбоемболічних ускладнень, що розвинулись під час втручання, померло 5 (5,4%) хворих (за рахунок наростання артеріального спазму — 4, крововилив аневризми при виконанні селективного фібрinolізу мав місце у 4 випадках). Тромбоемболічні ускладнення також спостерігалися при проведенні 10 втручань, і в 6 випадках було проведено селективний інтраартеріальний фібрinolізу. Не було порушень в неврологічному статусі на момент виписки у 8 хворих (5 балів за ШНГ), помірний функціональний дефект — у 2 спостереженнях (4 бали за ШНГ). Серед усіх оперованих на момент виписки не було хворих з тяжкою незворотною інвалідизацією (3 або 4 бали за ШНГ).

**Висновки.** Методика ЕЕС має високу ефективність при виключенні з кровообігу АМА, локалізація яких важкодоступна для прямого мікрохірургічного втручання. Провідними факторами ризику негативних наслідків втручання є наступні: масивність первинної геморагії, повторні крововиливи, наявність і виразність артеріального спазму, розвиток інтраопераційних тромбоемболічних ускладнень і застосування селективного інтраартеріального фібрinolізу. Розвиток інтраопераційної геморагії при виконанні фібрinolізу, як правило, має фатальні наслідки. У переважній більшості хворих (88%) після проведеної операції відсутні порушення функціонального статусу, які негативно впливають на якість життя.

### Оценка качества жизни и результатов лечения у больных с артериовенозными мальформациями вертебро-базиллярного бассейна в резидуальном периоде

Литвак-Шевкопяс С.О., Орлов М.Ю.

Институт нейрохирургии  
им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,  
04050 Украина, г. Киев, ул. Мануильского, 32.  
Тел. 8(044) 483-06-68, e-mail: kavtil@yandex.ru

**Цель.** Анализ исходов проведенного лечения у больных с АВМ ВББ.

Выбор оценочных тестов определяется периодом заболевания. Для оценки качества жизни больных после проведенного лечения необходимо анализировать степень остаточных нарушений в резидуальном периоде, что соответствует 12—18 месяцам с момента оказания помощи. При анализе результатов лечения так же учитывалась степень девакуляризации АВМ, как непосредственная задача проводимого хирургического лечения при данной патологии. Для оценки степени нарушения функций и выраженности нарушений жизнедеятельности использовали шкалу Rankin Scale (по J. Rankin, 1957; D. Wade, 2000).

**Материал и методы.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 62 больных (29 женщины и 33 мужчины, возрастом от 1 года до 50 лет) с АВМ ВББ. Во всех возрастных группах преобладал геморрагический тип клинического течения — 77,5%.

Кроме микрохирургического (МХ) удаления АВМ-19, использовались: эндоваскулярная (ЭВ) эмболизация у 34, внутрисосудистые оперативные

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 розповсюженості 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. Катмнез склав 4 місяці. Якість життя оцінювалась за шкалою наслідків Глазго (Glasgow Outcome Scale).