

Результати хірургічного лікування та якість життя хворих, оперованих з приводу множинних артеріальних аневризм головного мозку

Скорохода І.І., Цімейко О.А.,
Яковенко Л.М., Мороз В.В.

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

Вступ. Проблема хірургічного лікування множинних артеріальних аневризм залишається актуальною у зв'язку із складнощами діагностики, вибору методу і тактики оперативного втручання та гіршими результатами в порівнянні з операціями, які виконуються при поодиноких аневризмах. Найбільші труднощі виникають при визначенні аневризми, яка розірвалася, оскільки її виявлення в значній мірі забезпечує успіх оперативних втручань та зменшує ризик розвитку ускладнень в післяопераційному періоді.

Мета роботи. Оцінка результатів хірургічного лікування та якості життя у хворих, оперованих з приводу множинних аневризм судин головного мозку.

Матеріал та методи дослідження. В клініці судинної нейрохірургії за період з 1997 по 2006 роки з приводу множинних артеріальних аневризм головного мозку прооперовано 291 хворого. Вік пацієнтів від 16 до 70 років (171 чоловік і 120 жінок).

Діагностична ланка алгоритму включала клініко-неврологічне обстеження, комп'ютерну томографію головного мозку, селективну ангиографію з контрастуванням усіх церебральних басейнів. При необхідності виконувалась магнітно-резонансна ангиографія, що дало можливість уточнити діагноз у 39 хворих. Тяжкість стану хворих при поступленні в стаціонар, в до- та післяопераційний періоди оцінювали за класифікацією W. Hunt і R. Hess (H-N) (1968).

Результати. Хірургічні втручання виконано 282 хворим. Мікрохірургічним методом прооперовано 252 пацієнта. Ендоваскулярно оперовані 19 хворих. Комбіноване хірургічне лікування проведено у 11 випадках. Не оперовані 9 пацієнтів. Результати операцій оцінювали за шкалою наслідків Глазго (N. Kassel et al., 1991): 1 — задовільне відновлення (відсутній неврологічний дефіцит) — 168 (57,7%) хворих, 2 — помірна інвалідизація (помірний геміпарез та елементи афазії) — 80 (27,5%), 3 — значна інвалідизація (виражена неврологічна симптоматика у вигляді моно-, геміплегії, афатичних порушень) — 9 (3,1%), 4 — у вегетативному статусі хворих не було, 5 — померло — 34 (11,7%).

Обговорення. Покращення результатів хірургічного лікування множинних артеріальних аневризм головного мозку ми вбачаємо в своєчасній діагностиці, поглибленому обстеженні з урахуванням стану хворого, вивченні топографо-анатомічних особливостей будови судин основи головного мозку, диференційованому підході до вибору методу хірургічного лікування, встановлення його етапності та послідовності.

К вопросу оценки социально-бытовой адаптации больных с последствиями мозгового инсульта

Сон А.С., Мосенко С.В.

Одесский государственный
медицинский университет,
кафедра нейрохирургии и неврологии
(зав. кафедрой — д. мед. н.,
профессор А.С. Сон),
65006, Одесса, ул. Ак. Воробьева, 5,
тел. (048) 720-18-28,
тел./факс (048) 755-83-79,
e-mail: son@paco.net,
neurologist@mail.ru

Цель. Оценка эффективности восстановительного лечения и уровня социальной адаптации пациентов, перенесших мозговой инсульт, с помощью надежных и валидных тестовых шкал.

Материалы и методы. Для изучения динамики функционального состояния отобрано 100 пациентов в восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта, прошедших курс лечения в стационаре и в дальнейшем госпитализированных повторно в сроки до 1 года (63 мужчины и 37 женщины в возрасте от 36 до 74 лет). В группе катamnестического наблюдения проведено скрининговое исследование функционального состояния, реабилитационного прогноза и динамики восстановления в процессе лечения. С помощью математических методов выполнено сравнительное изучение унифицированных шкал социально-бытовой и двигательной активности — PULSES, Functional Independence Measure (FIM) и Rehabilitation Activities Profile — поиск корреляций изучаемых факторов, чувствительности и взаимной дополняемости шкал, воспроизводимости результатов измерения, возможных ошибок в оценке и выводах и т.д.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что выбранные шкалы в целом адекватно отражают основные характеристики ролевых ограничений при данной форме неврологической патологии. Наиболее показательным при оценке у пациентов функциональных возможностей и их динамики являлись профили PULSES Rehabilitation и Rehabilitation Activities, что обусловлено, вероятно, разносторонностью рассматриваемых функций. При сопоставлении тестов наименьший коэффициент корреляции найден для шкалы FIM (0,6—0,7). Самые высокие коэффициенты сопоставления отмечены для теста PULSES и реабилитационного профиля активности. Наиболее адекватно оценивающим и удобным в клинической практике оказался тест PULSES.

Выводы. Являясь многоплановыми, тестовые шкалы позволяют проводить раздельную оценку наиболее значимых функций, проследить за течением заболевания. Профили оценки особенно эффективны, дополняя друг друга, и при применении в специализированных стационарах и реабилитационных клиниках.