

## Функціональне відновлення пацієнтів середнього та літнього віку із поєднаною механічною травмою

Івахненко Д.С., Перцов В.І., Міренков К.В., Дейніченко Ю.К.

Запорізький державний медичний університет  
Запоріжжя  
Україна  
(067)901-37-01  
dimaneuro@list.ru

Рівень смертності, втрати працездатності та відновлення повноцінної життєдіяльності при поєднаній механічній травмі залежить від чисельних чинників та відрізняється в різних вікових групах.

**Мета.** Порівняти результати функціонального відновлення пацієнтів середнього та літнього віку із поєднаною черепно-мозковою травмою на час виписування із багатопрофільного травматологічного стаціонару.

**Матеріали і методи.** Проведено спостереження 56 пацієнтів віком понад 45 років із поєднаною ЧМТ (ISS  $\geq$  17), які госпіталізовані у відділення нейрохірургії та політравми протягом 2009 р. Для оцінювання тяжкості травми та стану постраждалих користалися загальноклінічними даними, методами променевої та ультразвукової діагностики та кількісною оцінкою ушкоджень за шкалами Injury Severity Score (ISS) та Glasgow Coma Score (GCS). Оцінювання рівня функціонального відновлення на момент виписування із стаціонару визначали за індексом активності повсякденного життя Бартела (activities of daily living - ADL).

**Результати і їх обговорення.** Більшість постраждалих становили чоловіки - 43 (77%). Середнього віку (45-59 років) - 30 (54%), похилого та старечого (понад 60 років) - 26 (46%). На госпітальному етапі загинуло 7 хворих (12%). Дорожньо-транспортні пригоди були найчастішою причиною поєднаної травми - 34 випадки (61%). Середній бал за GCS при надходженні до лікарні був 10. Серед пацієнтів, які вижили середній бал за ISS становив 33, та 52 бали - серед загинувших. Пацієнти, які були виписані із стаціонару із значним, або повним порушенням повсякденних функцій (від 0 до 45 балів за ADL - тяжка інвалідизація) спостерігалися у 8 випадках (14%), середній вік яких склав 65, 5 років. Помірне обмеження функцій (від 50 до 70 балів - помірна інвалідизація) спостерігалось у 25 пацієнтів (45%), середній вік яких 47,5 років. Відносне збереження функцій (від 75 до 100 балів - мінімальне обмеження функцій самозабезпечення) спостерігалось у 16 випадках (29%) при середньому віці - 32,1 роки.

**Висновки.** Відносно до статі, у більшості випадків поєднану травму отримували чоловіки. Відносно до механізму ушкодження переважала дрожньо-транспортна травма. Виявлено тенденцію до розбіжності у показниках ISS та GCS відносно кінцевого результату. Відновлення активних функцій повсякденного життя нижче задовільного рівня визначено у всіх постраждалих літнього віку, помірне та мінімальне обмеження функцій спостерігалось у пацієнтів середнього віку. Геріатричні пацієнти більш уразливі перед травмуючими факторами ніж пацієнти середнього віку, та мають гірший прогноз до життя після тяжкої травми.

## Хирургическое лечение височной эпилепсии у детей

Казарян А.А.\*, Меликян А.Г.\*, Архипова Н.А.\*, Головтеев А.Л.\*, Айвазян С.О.\*\*\*, Чадаев В.А.\*\*\*

\*НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко РАМН, \*\*НПЦ медицинской помощи детям с пороками развития черепно-лицевой области и врожденными заболеваниями нервной системы, \*\*\*Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РГМУ Москва, Россия  
AKazaryan@nsi.ru

Предхирургическое обследование, хирургическая тактика и прогноз при лечении симптоматической височной эпилепсии (СВЭ) отличается от таковых при хирургии экстрактемпоральных форм эпилепсии, и поэтому этих пациентов принято рассматривать отдельно.

**Материалы и методы:** С сентября 2006 по июль 2010 года в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко оперировано 53 детей от 1 до 17 лет по поводу медикоментозно-резистентной СВЭ. Для уточнения локализации эпилептогенной зоны проводили комплекс обследования, (видео-ЭЭГ-мониторинг, МРТ, в одном случае МЭГ, нейропсихологические исследования). Объем резекции варьировал от височной лобэктомии (28 пациентов), изолированной резекции очага поражения височной доли (8 случаев), резекции очага поражения с одномоментной амигдалогиппокампэктомией (у 16) и до селективной амигдалогиппокампэктомии у 1 пациента. У 19 пациентов выявлена фокальная корковая дисплазия (ФКД), у 2 других — так называемая «двойная патология»: ФКД в коре височной доли в сочетании с признаками склероза гиппокампа ипсилатеральной височной доли, у 3 — изолированный склероз гиппокампа, у 6 — кавернозная мальформация с признаками кровоизлияния и гемосидероза окружающей мозговой ткани. В 11 из 23 случаев врожденных доброкачественных опухолей, содержащих в своей структуре нейрональные клетки, окружающая мозговая ткань содержала признаки ФКД. У 25 оперирована левая височная доля, у 28 - правая.

**Результаты:** Катамнез известен у 41 пациента и составил в среднем 14 месяцев. Полное излечение от приступов (Engel 1) достигнуто у 36 (87,8%), редкие приступы (Engel 2) — у 3 (7%), исходы 3 и 4 класс по Engel — у 2.

Выделялись две категории осложнений: неврологические и неспецифические. Большинство неврологических осложнений, 10 из 12 наблюдаемых, были транзиторными и полностью регрессировали в течение 1-3 недель после операции. Лишь у 2-х больных (3,8%) сохранился стойкий неврологический дефицит: в 1 случае - амнестическая афазия, в другом - расстройства памяти. К неспецифическим осложнениям отнесен 1 случай (1,8%) асимптомной эпидуральной гематомы вне операционной раны, выявленной при контрольной КТ. Она была эвакуирована без последствий. Еще у одной пациентки спустя 5 месяцев после операции появились признаки внутрочерепной гипертензии, вызванные хронической субдуральной гематомой, которая также была эвакуирована и не оставила последствий.

У 13 пациентов полностью отменена антиэпилептическая терапия, у 3 дозы значительно снижены.

**Заключение:** Хирургическое лечение является высокоэффективным методом лечения медикоментозно-резистентной СВЭ. Современное предхирургическое обследование, включающее длительный видео-ЭЭГ-мониторинг с записью приступов, МРТ высокого разрешения и ряд других методов, позволяет с высокой точностью локализовать эпилептогенную зону. Это позволило в нашей серии достичь результатов 1 класса по Engel (полное избавление от приступов) у 87,8% оперированных пациентов, а отличные и хорошие результаты (Engel 1 и 2) получены в 94,8% случаев.