

Нейропсихологическая оценка качества жизни в отдаленном периоде аневризматических интракраниальных кровоизлияний.

Герцев В.Н., Сон А.С.

г. Одесса,
Одесский государственный
медицинский университет,
65026, пер. Валиховский, 2,
тел.: 8(048) 720-18-28,
e-mail: son@paso.net.

Актуальность темы. В последнее время депрессия признана независимым фактором риска развития кардиоваскулярной и цереброваскулярной патологии (Гафаров В.В. и др. (2006), Musselman D.L. et al. (2000)). Также известно, что больные, перенесшие аневризматические интракраниальные кровоизлияния имеют повышенные уровни смертности вследствие развития кардиоваскулярной патологии и высокий уровень депрессивных расстройств (Carter B.S. et al. (2000), Britz G.W. et al. (2004), Powell J. et al. (2002)). В связи с этим приобретает особое значение выявление больных с высоким риском развития депрессивных расстройств.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явилось 79 пациентов с аневризматическими интракраниальными кровоизлияниями в отдаленном периоде заболевания, подвергшихся в остром периоде заболевания клипированию разорвавшихся артериальных аневризм каротидного бассейна. Предметом исследования явились отдаленные нейропсихологические последствия аневризматических интракраниальных кровоизлияний. Для выявления тревожных и депрессивных расстройств была использована Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии.

Результаты исследования. Выявлено наличие у большей части (67,1%) пациентов тревожных и депрессивных расстройств, при этом клинически выраженная депрессия наблюдалась у 20 (25,3%) пациентов. В подгруппе больных, имевших I степень в соответствии с GOS в отдаленном периоде заболевания клинически выраженная депрессия отмечалась у 20 (25,3%) пациентов. Коморбидные тревожно-депрессивные расстройства наблюдались у 26 (32,9%) пациентов в общей группе, и у 11 (20%) пациентов, имевших I степень в соответствии с GOS в отдаленном периоде заболевания. В результате дискриминантного анализа получены уравнения, позволяющие прогнозировать возникновение тревожных и депрессивных расстройств у больных вышеприведенных групп. Установлено, что возникновение тревожных и депрессивных расстройств статистически достоверно связано с наличием паренхиматозного, внутрижелудочкового кровоизлияния и временного клипирования.

Выводы. Пациенты, относящиеся к группе риска, подлежат обязательной оценке их психоэмоционального статуса с использованием Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии и, при необходимости, последующему наблюдению психиатра или невролога.

Віддалені результати хірургічного лікування та якість життя пацієнтів, оперованих з приводу розривів артеріальних аневризм переднього півкільця артеріального кола великого мозку.

Цімейко О.А., Шахін Н., Мороз В.В.

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

Вступ. Хірургічне лікування хворих з артеріальними аневризмами (АА) головного мозку являє собою загальноприйнятую практику профілактики інтракраніальних крововиливів. В клініці судинної нейрохірургії за останнє десятиріччя виконано тисячі таких втручань, переважало застосування транскраніального методу хірургічного лікування розривів АА.

Мета дослідження. Комплексний аналіз та розробка критеріїв оцінки результатів хірургічного лікування хворих з артеріальними аневризмами переднього півкільця артеріального кола великого мозку.

Матеріал та методи дослідження. Виконаний аналіз результатів хірургічного лікування 1689 хворих з розривами АА переднього півкільця, які перебували на лікуванні в клініці судинної нейрохірургії ІНХ АМНУ в період з 1997 по 2006 р. р. З них чоловіків — 936, жінок — 753. Вік хворих складав від 6 до 76 років. Більшість оперованих хворих (1249) були у віці від 21 до 60 років. Оперативні втручання виконані 831 хворому з приводу розриву АА передньої мозкової — передньої сполучної артерій (ПМА-ПСА), 357 пацієнтам з АА внутрішньої сонної артерії (ВСА) та 444 з АА середньої мозкової артерії (СМА). У 337 хворих мали місце повторні розриви АА, які обумовлювали наявність вираженої загальної — мозкової та вогнищевої неврологічної симптоматики. Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою Hunt—Hess.

Результати. Результати хірургічного лікування хворих з АА переднього півкільця артеріального кола мозку оцінювали за шкалою наслідків Глазго (Glasgow Outcome Scale в модифікації Jennet B. та співавт., 1981). Задовільне відновлення (1 — відсутній неврологічний дефіцит) відмічене у 61,6% (1040 пацієнтів). Помірну інвалідизацію (2 — помірні парези, елементи афазії, відсутність потреби в сторонній допомозі) спостерігали у 21,4% (361 пацієнт). Значна інвалідизація (3.) відмічена у 4,8% (81 пацієнт). У цих хворих мала місце виражена вогнищева неврологічна симптоматика у вигляді грубих рухових і афатичних порушень і вони потребували сторонньої допомоги і догляду. У 4 спостереженнях (0,2%) розвинувся вегетативний статус (4.). Загальна післяопераційна летальність (5.) склала 13,9% (232 пацієнти).

Обговорення. Розробка та запровадження єдиних принципів ведення хворих з АА головного мозку потребує використання уніфікованих шкал та тестів, які дозволяють об'єктивно оцінити стан хворих, які перенесли субарахноїдальний крововилив, на різних етапах захворювання, а також при динамічному спостереженні, визначити ефективність хірургічного лікування. Представлений матеріал

вказує на ефективність транскраніальної методики у хірургічному лікуванні АА головного мозку, яка ґрунтується на досягненні позитивного результату у 83% випадків.

Оцінка стану церебральної гемодинаміки як складова визначення якості життя хворих, оперованих з приводу артеріовенозних мальформацій (АВМ) півкуль великого мозку

Векслер В.В., Чеботарьова Л.Л.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМНУ, м. Київ, 01050 Україна Київ вул. Мануїльського, 32, тел. (044) 483-95-35, e-mail: brain@neuro.kiev.ua

Мета. З метою об'єктивізації оцінки якості життя хворих з АВМ півкуль великого мозку, оперованих за ендovasкулярним методом, провести співставлення показників транскраніального дуплексного сканування (ТКДС), що відображують стан локального та церебрального кровоплину, з градаціями шкали оцінки якості життя пацієнтів з ураженням центральної нервової системи (Орлов Ю.О., 2001).

Матеріали та методи. Нами проведено аналіз даних комплексного клініко-інструментального обстеження 95 хворих з АВМ, що лікувалися у судинному відділенні Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМНУ. Відібрано дані 52 хворих, оперованих за ендovasкулярним методом. За розміром АВМ розподіл хворих був таким: 16 з АВМ малого розміру, 17 — середнього, 11 — великого, 8 — з гігантськими АВМ. За локалізацією АВМ: скронево-тім'яно-потиличні — у 9 хворих, скроневі — 3,тім'яні — 14, задньолобовово-тім'яні — 9, лобово-скроневі — 4, лобово-базальні — 1, лобові — 2, вертебро-базиллярні 10. Обстеження хворих за методом ТКДС (на апараті «Sonoline G50» фірми «Siemens»), проводили до операції та через 6 міс після ендovasкулярної емболізації АВМ, у ці ж терміни виставляли оцінку якості життя. При обробці даних дослідження використано методи статистичного аналізу.

Результати та їх обговорення. Найбільш інформативними ТКДС показниками щодо оцінки церебральної гемодинаміки визначені: лінійна швидкість кровоплину в артеріях, що кровопостачають АВМ; показники стану периферійного опору — індекс пульсації (PI), цереброваскулярної реактивності (ЦВР) при використанні проб з гіпер — та гіповентильацією, ауторегуляторної відповіді — коефіцієнт Овершуту. На нашу думку, відповідно принципам оцінки якості життя за шкалою Ю.О. Орлова (2001) оптимальними є такі градації відхилення ТКДС показників: норма — 10 балів, позитивна динаміка у післяопераційний період — 5 балів, прогностично несприятливе відхилення показників гемодинаміки — 0 балів.

Висновки. 1. У пацієнтів, оперованих з приводу АВМ півкуль головного мозку, для оцінки якості життя важлива об'єктивна (кількісна) оцінка стану церебральної гемодинаміки. 2. Запропоновано сукупність ТКДС показників, що достатньо повно і точно відображують стан гемодинаміки оперованих хворих. 3. Застосування ТКДС критеріїв в оцінці якості життя пацієнтів з АВМ головного мозку є патогенетично

обґрунтованим і при динамічному спостереженні має прогностичну цінність.

Артеріовенозні мальформації (АВМ) головного з гемороагічними варіантами клінічних проявів. Критерії оцінки якості життя оперованих хворих

Яцик В.А., Яковенко Л.М.

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

Вступ. АВМ головного мозку — різновид цереброваскулярної патології, що має один з клінічних проявів у вигляді геморагії. Агресивність протікання зумовлює лише хірургічний спосіб лікування задля попередження повторних крововиливів з мальформацій. Актуальність досліджуваного питання доповнюється високими показниками інвалідизації хворих з розривами АВМ головного мозку (до 48%), а також значними показниками летальних випадків (до 10—30%).

Мета роботи. Вивчити критерії оцінки якості життя після хірургічного лікування хворих з розривами АВМ головного мозку.

Матеріал та методи. Дослідження включає аналіз 132 клінічних випадків у хворих з розривами АВМ головного мозку, що піддавались хірургічному лікуванню. Оцінка проводилась за клінічними, неврологічними, рентгенологічними показниками, та критеріями якості життя. Доповнювались клінічні матеріали аналізом: строку поступлення в стаціонар з моменту крововиливу, станом хворого при поступленні, використаними методиками хірургічного лікування.

Результат дослідження. В нашій роботі проаналізовані наступні варіанти хірургічного лікування: ендovasкулярно в один етап, ендovasкулярно в кілька етапів, ендovasкулярно з продовженням транскраніальною методою, транскраніально, транскраніально з продовженням ендovasкулярною методою. Церебральна ангиографія (АГ) була ключовим методом для оцінки проведеного лікування (тотальність виключення мальформації при ендovasкулярному тромбуванні, ступінь її мікрохірургічного видалення). Для достовірності оцінки були обрані також контрольні АГ в динаміці спостереження через 6—12 місяців. Отримані результати проведеного лікування в залежності від важкості вихідного стану оцінено за Шкалою ком Глазго: задовільний (15 балів), помірно важкий (13—14 балів), важкий (9—12 балів). Неврологічна характеристика оцінювала: відсутній неврологічного дефіциту, регрес наявної вогнищевої неврологічної симптоматики, стабільні прояви (відсутній регрес) вогнищевої неврологічної симптоматики, поглиблення або виникнення нової неврологічної симптоматики. В якості життя хворих характеристика: збережена, знижена, втрачена.

Висновки. Обраний комплексний клініко-неврологічний та рентгенологічний підхід оцінки дозволив отримати наступні зальні результати: добрий (одужання) — 46,7%, задовільний (покращення) — 10,3%, незадовільний (стабілізація, погіршення) — 26,9%, невизначений 11,7%, летальні — 3,5%.