Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу церебральної судинної патології

Динамика когнитивных расстройств (КР) после периартериальной симпатэктомии (ПАСЭ) внутренней сонной артерии (ВСА) у больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ) в каротидном бассейне (КБ)

Алексеев С.П., Алексеева Р.И., Годлевский Д.О., Барылик И.И.

Черкасская городская больница №3, г. Черкассы, 18028, ул. Р. Люксембург, 210, тел. (047-2) 64-71-14, e-mail: de-go@ukr.net

Актуальность проблемы КР у больных с цереброваскулярной патологией не вызывает сомнений. Нарушения памяти, внимания, праксиса, речи при часто сопутствующей соматизированной депрессии теперь все чаще встречаются у людей моложе 60-ти лет.

Мы исследовали истории болезни 62 больных с ИИ в КБ в период с 1995 по 2006 год, которые по классификации МКХ-10 следует отнести к рубрике I. 63.9 (инфаркт мозга неуточнённый). При ангиографии и УЗТДГ не было обнаружено закупорки или значимого сужения экстракраниальных и мозговых сосудов. Средний возраст больных составил 59,6 лет, 26 мужчин и 36 женщин. Соматическая патология носила компенсированный характер. Медикаментозное лечение в продолжении до 3 месяцев стабилизировало общий и неврологический статус.

28 больным была проведена ПАСЭ ВСА на стороне ишемии мозга. Адвентиция артерии удалялась от места бифуркации общей сонной артерии вверх на 1,5—3,0 см, часто с резекцией каротидного гломуса.

После операции умерла одна больная с ТЭЛА.

У 20 оперированных больных в сравнении с контрольной группой значительно быстрее регрессировали неврологические расстройства, они более активно участвовали в лечении и обучении. По тесту рисования часов оценка поднималась с 6—7 до 9—10 баллов. Заметно возрастала спонтанная активность, стремление к выздоровлению, улучшалась память. Позитивные сдвиги в состоянии сглаживали депрессивный фон.

Динамику состояния КР оценивали по данным клинического наблюдения, сведениям родственников, катамнеза.

Обнадеживающие результаты получены при контрольних УЗТДГ, свидетельствующих о снижении циркуляторного сосудистого сопротивления, уменьшении депрессии линейной скорости кровотока. Надо полагать, этому служило устранение констрикторных влияний симпатической иннервации церебральних сосудов, активизация коллатерального кровообращения, дополнительная «пульсовая подкачка» участка ВСА, лишенного плотной наружной оболочки.

Метод ПАСЭ ВСА прост, хорошо зарекомендовал себя в прошлом и незаслуженно забыт в настоящем. ПАСЭ технически доступна, в ряде случаев довольно эффективна при ИИ на стадии обратимых КР и требует дальнейшего изучения при данной патологи.

Отдаленные результаты хирургического и консервативного лечения больных с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями

Иванова Н.Е., Панунцев В.С., Малыхина Л.В.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова. 191014, Санкт-Петербург, Маяковского, 12, тел. 273-81-34, e-mail:ivamel@yandex.ru

Цель. Оценить отдаленные результаты хирургического и консервативного лечения больных с внутричерепными нетравматическими кровоизлияниями.

Материалы и методы. Изучены отдаленные результаты лечения 121 больного с внутричерепными кровоизлияниями из АА (60), АВМ (26) и ГК (35). Катамнез — от 1 года до 11 лет, средний срок — 6 лет. Использовали КТ, МРТ, ЭЭГ, АГ, шкальные оценки — шкала Глазго, шкала ПЖА, шкала Ханта и Хесса.

Результаты и обсуждение. В отдаленном периоде нетравматических внутричерепных кровоизлияний положительные результаты бытовой адаптации достигнуты в 71,3%; трудовой — 69,4%. Лучшие исходы отмечаются при кровоизлияниях из артериальных аневризм: Хорошая бытовая адаптация — 79,3%; при АВМ — 72%; при гипертензивных кровоизлияниях — 56,2%. Основными неблагоприятными факторами при аневризматических кровоизлияниях считается исходная тяжесть состояния более II степени по Ханту и Хессу, кровоизлияния из аневризм ПМА — ПСА, повторные кровоизлияния, внутримозговые гематомы, особенно в височной доле, ишемия головного мозга и интраоперационные осложнения. При гипертензивных кровоизлияниях к ухудшению отдаленных результатов приводят исходная тяжесть состояния менее 13 баллов по ШКГ, объем гематом свыше 30 $см^{30,}$ гидроцефалия, кистозно-атрофические изменения височной доли, локализация внутримозговых гематом в левом полушарии, локализация внутримозговых гематом в височной доле, осложнения острого периода. При кровоизлияниях из АВМ основными неблагоприятными факторами были исходная тяжесть состояния менее 13 баллов по ШКГ, гидроцефалия, медиальные гематомы объемами более 50 $см^3$, осложнения острого периода.