



Український нейрохірургічний журнал





Український нейрохірургічний журнал

ISSN 1810-3154

Украинский нейрохирургический журнал

Ukrainian Neurosurgical Journal

№3 (39) 2007

Науково-практичний журнал

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №3823 від 18 листопада 1999 року

Рішенням Президії ВАК України від 10.05.2000 р. №1-02/5

журнал включений до фахових наукових видань,

в яких можуть бути опубліковані основні результати дисертаційних робіт

Зав. редакцією та підготовка до друку

Никифорова А.М.

Літературна редакція

Гатненко С.О.

Засновники та видавці

Академія медичних наук України

Інститут нейрохірургії

ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України

Українська Асоціація Нейрохірургів

Редакційна колегія:

Головний редактор **Зозуля Ю.П.**

Заст. головного редактора **Цимбалюк В.І.**

Відповідальний секретар **Сапон М.А.**

**Лісяний М.І., Орлов Ю.О., Педаченко Є.Г.,
Розуменко В.Д., Шамаєв М.І., Поліщук М.Є.,
Мосійчук М.М., Сіптий В.І.,
Чеботарьова Л.Л., Лапоногов О.О.**

Адреса редакції:
04050, Київ-50, вул.Мануїльського, 32
Тел. (044) 483-91-98
Факс (044) 483-95-73
E-mail: uanmag@neuro.kiev.ua

Редакційна рада:

Вербова Л.М. (Київ), **Главацький О.Я.** (Київ),
Зорін М.О. (Дніпропетровськ), **Кардаш А.М.** (Донецьк),
Кеворков Г.А. (Київ), **Потапов О.І.** (Ів.-Франківськ),
Руденко В.А. (Київ), **Смолянко В.І.** (Ужгород), **Сон А.С.** (Одеса),
Сташкевич А.Т. (Київ), **Ткач А.І.** (Київ), **Трош Р.М.** (Київ),
Усатов С.А. (Луганськ), **Цімейко О.А.** (Київ), **Чепкій Л.П.** (Київ),
Черненко В.Г. (Харків), **Шевага В.М.** (Львів), **Яковенко Л.М.** (Київ)

Підписано до друку
з оригінал-макета 21.09.2007 р.
Формат 60×84¹/₈
Папір офсетний №1
Тираж 500 прим.

*Оригінал-макет журналу затверджений на спільному засіданні
Проблемної комісії «Нейрохірургія»,
Правління Української Асоціації Нейрохірургів
та Редакційної колегії «Українського нейрохірургічного журналу»
протокол № 16 від 21.09.2007 р.*

Усі права стосовно опублікованих статей належать видавцеві.

Розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за достовірність інформації, що міститься в друкованих матеріалах, несуть автори.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Перша сторінка обкладинки:

**Крим, Коктебель,
скеля Золоті ворота Карадага**

© Український нейрохірургічний журнал
© Украинский нейрохирургический журнал
© Ukrainian Neurosurgical Journal

**Цей номер «Українського нейрохірургічного журналу» присвячений
науково-практичній конференції нейрохірургів України
«Критерії якості життя хворих після нейрохірургічних втручань»
АР Крим, м. Коктебель, 27–28 вересня 2007 року**

Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу нейротравми	3
Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу судинної патології	16
Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу пухлин головного мозку	26
Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу спінальної патології.....	41
Оцінка якості життя хворих дитячого віку після нейрохірургічного лікування	56
Оцінка якості життя хворих після застосування методів функціональної нейрохірургії	68
Оцінка якості життя хворих після хірургічних втручань з приводу ушкодження периферичних нервів та больових синдромів.....	70
Міждисциплінарні аспекти оцінки якості життя хворих.....	75
<i>Алфавітний показчик</i>	86

**Этот номер «Украинского нейрохирургического журнала» посвящен
научно-практической конференции нейрохирургов Украины
«Критерии качества жизни больных после нейрохирургических вмешательств»
АР Крым, г. Коктебель, 27-28 сентября 2007 года**

Оценка качества жизни больных после нейрохирургического лечения по поводу нейротравмы.....	3
Оценка качества жизни больных после нейрохирургического лечения по поводу сосудистой патологии.....	16
Оценка качества жизни больных после нейрохирургического лечения по поводу опухолей головного мозга	26
Оценка качества жизни больных после нейрохирургического лечения по поводу спинальной патологии.....	41
Оценка качества жизни больных детского возраста после нейрохирургического лечения.....	56
Оценка качества жизни больных после применения методов функциональной нейрохирургии.....	68
Оценка качества жизни больных после хирургических вмешательств по поводу повреждение периферических нервов и болевых синдромов.....	70
Междисциплинарные аспекты оценки качества жизни больных.....	75
<i>Алфавитный указатель</i>	86

**This number of “Ukrainian Neurosurgical Journal” is devoted
to Scientific-practical Conference of neurosurgeons of Ukraine
“Life quality criteria at patients after neurosurgical operations”
AR Crimea, Koktebel, 27–28th of September, 2007**

The life quality estimation at patients after neurosurgical treatment in case of neurotrauma	3
The life quality estimation at patients after neurosurgical treatment in case of vascular pathology	16
The life quality estimation at patients after neurosurgical treatment in case of brain tumors.....	26
The life quality estimation at patients after neurosurgical treatment in case of spinal pathology.....	41
The life quality estimation at children after neurosurgical treatment.....	56
The life quality estimation at patients after functional neurosurgical methods application.....	68
The life quality estimation at patients after neurosurgical operations in case peripheral nerves damage and pain syndromes.....	70
Interdisciplinary aspects of patients’ life quality estimation.....	75
<i>Author index</i>	86

Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу нейротравми

Клинический прогноз и трудовая адаптация в отдаленном периоде лечения травматических внутричерепных гематом

Берснев В. П., Иванова Н. Е.,
Касумов Р. Д., Курбанзаде Р. К.

Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург,
ул. Маяковского, 12, тел 273-81-67,
Ivamel@yandex.ru

Проанализированы результаты лечения 197 больных с изолированными травматическими внутричерепными гематомами в остром и отдаленном периоде со сроками катмнеза от 1 до 22 лет. Большинство пациентов 78% — находилось в трудоспособном возрасте до 60 лет. Субдуральные гематомы были у 102 больных, эпидуральные — у 40, эпи-субдуральные — у 17, внутримозговые — у 21, субдуральная и внутримозговая — у 13, эпидуральная и внутримозговая — у 2 пациентов.

Для оценки качества социально-трудовой адаптации использовались два критерия: начало трудовой деятельности и качество трудовой активности в отдаленном периоде. 1 группа инвалидности устанавливалась при выраженных корково-очаговом и психопатологическом синдромах, 2 группа — при гипертензионно-гидроцефальном, эпилептическом, умеренно выраженным корково-очаговым и психопатическим синдромах, 3 группа — при незначительных проявлениях и сочетаниях корково-очагового, вегетативно-сосудистого, гипертензионно-гидроцефального, астенического и трепанированного черепа синдромов.

Восстановление трудоспособности больных зависело от тяжести полученной травмы, локализации, преморбидной личности, семейного положения, вредных привычек, сопутствующей соматической патологии, реабилитационного лечения.

К профессиональной деятельности на прежних условиях вернулось 45 (20,6%) пациентов, в облегченных условиях труда — 11.

Одним из основных факторов восстановления трудоспособности и снижения инвалидизации является раннее хирургическое лечение, своевременное устранение дислокации головного мозга. Улучшение результатов лечения больных с ЧМТ возможно лишь на основании раннего реабилитационного лечения и повторения курсов восстановительной терапии.

Оценка исходов и качества жизни у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой

Боряк А. Л., Энглезли А. П.

(НИИ травматологии и ортопедии
ДонГМУ им. М Горького, г. Донецк)

В настоящее время в структуре травматизма, вызванного различными техногенными факторами сочетанная ЧМТ составила по данным разных ав-

торов от 70 до 90%. По данным ВОЗ травма стоит на третьем месте среди причин летальности и на первом месте среди населения до 40 лет. Однако не менее важным является не только сохранение жизни больного, но и улучшение качества жизни.

Целью нашей работы явилось изучение исходов и качества жизни больных, перенесших различные виды сочетанной ЧМТ.

Материал и методы. Нами подвергнуты анализу 114 историй болезни и 89 амбулаторных карт пострадавших, у которых имело место сочетанное ЧМТ. Из всех случаев ЧМТ сочетались с повреждением позвоночника и спинного мозга 58,8% случаев, опорно-двигательного аппарата 12,8% случаев, органов грудной клетки 1,8%, органов брюшной полости 2,6%. По тяжести состояния все травмированные разделены на 4 группы: к первой группе отнесена вся тяжёлая ЧМТ и тяжёлая внечерепная травма (10,5%), ко второй тяжёлая ЧМТ с нетяжёлым внечерепным компонентом (4,4%), к третьей лёгкая ЧМТ и тяжёлые сочетанные повреждения (47,4%), к четвёртой лёгкая ЧМТ и нетяжёлая сочетанная травма (37,7%). Всем больным оказывалось комплексное медикаментозное и хирургическое лечение. Мы применяли шкалу исходов ЧМТ Глазго (шведскую версию) для оценки исходов и качества жизни наших больных. Сроки наблюдения составляли от 2 до 5 лет. Согласно данной шкалы определены следующие градации состояний у больных перенесших ЧМТ: А. Смерть, В. Вегетативное состояние, С. Тяжёлое нарушение жизнедеятельности, низкий уровень, D. Тяжёлое нарушение жизнедеятельности, более высокий уровень, E. умеренное нарушение жизнедеятельности, низкий уровень, F. Умеренное нарушение жизнедеятельности, более высокий уровень, G. Хорошее восстановление, низкий уровень, H. Хорошее восстановление, высокий уровень.

Обсуждение результатов. Согласно этой шкалы больные первой и особенно второй группы впоследствии трансформируются в состояние В, С. Тяжёлая ЧМТ в виде ушибов и сдавления головного мозга переходит либо в вегетативное состояние, либо в тяжёлое нарушение жизнедеятельности высокий уровень, так как тяжесть ЧМТ определяет стойкий неврологический дефицит. Больные группы 2 тяжёлый внечерепной компонент травмы, приводящий как правило к шоку и гипоксической энцефалопатии в остром периоде усиливает церебральный неврологический дефект в отдалённом периоде. Больные с краниоспинальной травмой, отнесённые нами к группе 2 также сохраняют грубый неврологический дефицит. Больные третьей группы в отдалённом периоде переходят в состояние E и F, так как тяжёлый внечерепной компонент привёл впоследствии к стойким неврологическим нарушениям (шок). Группа 4 наших больных трансформирована в состояние G, H вышеприведенной шкалы.

Выводы: 1. Тяжесть черепного компонента сочетанной ЧМТ определяет степень нарушения неврологических функций в отдалённом периоде.

2. Внечерепной компонент ухудшает нарушение церебральных функций в отдалённом периоде травмы из-за синдрома взаимного отягощения в остром периоде.

3. Ухудшение степени восстановления неврологического дефекта при сочетанной ЧМТ связано во-первых с перенесенной гипоксической дисциркуляторной энцефалопатией в остром периоде травмы, либо с сочетанным повреждением спинного мозга в различных его отделах.

Улучшение качества жизни у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой

*Бурлай В.З., Перцов В.И.,
Дейниченко Ю.К., Беленичев И.Ф.,
Серета Д.А., Ивахненко Д.С., Нелепин С.Н.,
Белименко В.А., Козин М.В.*

*Запорожский государственный медицинский университет, городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи,
г. Запорожье, 69000,
ул. Победы 80, тел. 8(0612) 343-686
E-mail: nxob40354@mail.ru*

Цель. Изучение влияния тиоцетама на течение острого периода тяжелой ЧМТ.

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения включающие в себя применение тиоцетама у 30 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ.

Возраст больных составлял от 14 до 60 лет. С целью контроля взята группа из 40 больных, которым применялась стандартная терапия.

По шкале Глазго тяжесть больных основной группы составляла в 11 случаях 15—12 баллов, в 9 случаях 9—11баллов, в 7 случаях 8—10 баллов, в 3-х случаях 6—8 баллов.

В неврологическом плане в начале лечения отмечены парезы различной степени у 22 больных с выраженностью двигательного дефекта от 2 до 4 баллов, по 5 бальной шкале; различные формы афазий у 16 пациентов; когнитивные расстройства отмечены практически у всех больных основной группы.

Компрессия головного мозга верифицирована у 18 пациентов. Все больные оперированы.

В контрольной группе больных отмечались аналогичные по частоте и выраженности неврологические и психопатологические синдромы.

Параллельными клинико-экспериментальными исследованиями на базе кафедры фармакологии ЗГМУ было выявлено, что назначение тиоцетама в остром периоде ЧМТ уменьшало выраженность оксидативного стресса, улучшало энергетический метаболизм, повышало вызываемость нейронов сенсорной зоны коры и СА1 зоны гиппокампа.

Лечение тиоцетамом начинали в 1-е—5-е сутки с момента поступления, в дозе по 10 мл 2 раза в день на 450,0 физ. р-ра в течение 10 суток. В основной группе больные получали пирацетам в рекомендуемых дозировках.

В 27 наблюдениях основной группы отмечено более быстрое улучшение состояния на фоне применения препарата, по сравнению с контрольной группой, в виде уменьшения в первую очередь общемозговой и очаговой неврологической симптоматики к концу курса лечения. В 3 случаях оценить эффект препарата оказалось невозможным из-за тяжести состояния и грубых нарушений гомеостаза.

Выводы. Применение тиоцетама в остром периоде тяжелой ЧМТ, даёт возможность улучшить исходы течения травматической болезни головного мозга и повысить качество жизни больных.

Порівняльна оцінка якості життя хворих при пункційному та тотальному видаленні абсцесів головного мозку

*Гринів Ю.В., Скрипко В.Д., Потапов О.І.,
Мартин А.Ю., Худецький Ю.П.*

*Обласна клінічна лікарня,
м. Івано-Франківськ*

В даний час велика увага лікарів різних спеціальностей, в тому числі і нейрохірургів, звертається на якість життя хворих після агресивних методів лікування (хірургія, променева терапія, хіміотерапія) різної патології людини. Цьому питанню присвячена велика кількість публікацій і розроблено більше 30 шкал оцінки якості життя. Нами проведений порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування абсцесів головного мозку супратенторіальної локалізації у хворих, які оперовані шляхом кістково-пластичної (з тотальним видаленням абсцесу) та фрезевої трепанації черепа з пункцією порожнини абсцесу. Результати оцінювались за шкалою «якості життя», розробленої в Інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданов (2001 р.). Оцінка проводилась до операції, в перші два тижні після втручання, та у віддалений період через 3—5 місяців.

Спостерігалось на протязі 1997—2006 рр 43 хворих з абсцесами великих півкуль головного мозку, вік хворих коливався від 19 до 56 років. З них 24 хворих оперовано шляхом кістково-пластичної трепанації (перша група), 19 хворих шляхом фрезевої трепанації (друга група). Віддалені наслідки операції вивчені у 38 хворих (86,1%). Згідно показників шкали, якість життя в обох групах до операції була в межах 35—40 балів. В післяопераційному періоді (7—14 днів) цей показник відрізнявся у досліджуваних хворих. Так у 9 випадках першої групи хворих відразу після операції спостерігалось наростання рухових порушень в кінцівках (геміпарези), в мовній сфері (моторна, сенсорна афазії), показники якості життя у цих хворих були оцінені в 55 балів, в той же час в другій групі хворих прогресування неврологічної симптоматики після операції не відмічено, і показник якості життя встановлений на 75 балів.

Огляд хворих через 3—5 місяців виявив, що в першій групі, крім рухових порушень у 19,3% хворих, спостерігалися епілептичні приступи, порушення психічної діяльності та соціальної адаптації, показник якості їх життя був оцінений в 75 балів, у хворих другої групи дані психоневрологічного статусу і соціальної адаптації були вищими, а показник якості життя становив 90 балів.

Висновки: оцінка якості життя хворих в ранньому післяопераційному та віддаленому періодах після видалення абсцесу головного мозку різними способами показало перевагу малоінвазивного (пункційного) методу над кістково-пластичною трепанацією черепа з тотальним видаленням абсцесу.

Дифференцированное лечение тяжелых очаговых ушибов головного мозга

Гуранда Виорел

Клиническая Городская Больница г. Бельцы,
отделение нейрохирургии,
Молдова, 3100, г. Бельцы, ул. Дечебал, 101,
тел. 0373 690-55329 факс: 0373 231-72703
viorel_guranda@mail.ru

Цель исследования. Определения критериев и тактики лечения тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации, которые бы обосновали их консервативное либо оперативное лечение.

Материалы и методы. Из нашего банка данных по тяжелой черепно-мозговой травме проанализировано 28 комплексно обследованных и верифицированных наблюдений пострадавших с тяжелыми очаговыми ушибов головного мозга лобной и височной локализации, прошедших лечение в отделении нейрохирургии Клинической Городской Больницы г. Бельцы.

Критериями отбора служили данные КТ в динамике, свидетельствующие о том, что ведущими слагаемыми тяжелой ЧМТ являлись тяжелые очаги ушибов головного мозга лобной и височной локализации.

Распределение пострадавших по возрасту было достаточно типичным для черепно-мозговой травмы, в возрасте от 41 до 50 лет (28%), как и соотношение мужчин и женщин-4:1. Распределение тяжелых очаговых ушибов головного мозга по долевой локализации: лобная доля — 50%, височная доля — 25%, множественные — 25%. 14 пострадавших было прооперировано, а 14 вели консервативно. Распределение наблюдений по тяжести состояния и характеру лечения: 13—15 балл. ШКГ, оперативное лечение 2(7%), консервативное ведение 9(32%), всего 11(39%); 9—12 балл. ШКГ, оперативное лечение 7(25%), консервативное ведение 4(14%), всего 11(39%); 3—8 балл. ШКГ, оперативное лечение 5(17%), консервативное ведение 1(3%), всего 6(21%); всего оперативное лечение 14(50%), консервативное ведение 14(50%), всего 28(100%).

Результаты и их обсуждение. Представлены исходы тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации в зависимости от характера лечения по шкале исходов Глазго. Хорошее восстановление: оперированные 4(14%), неоперированные 9(32%). Умеренная инвалидизация: оперированные 3(10%), неоперированные 3(10%). Грубая инвалидизация: оперированные 1(3%), неоперированные 1(3%). Вегетативный статус: оперированные 0(0%), неоперированные 0(0%). Смерть: оперированные 6(21%), неоперированные 1(3%).

Сравнивая результаты лечения пострадавших при хирургическом вмешательстве и при консервативном ведении, видим, как значительны возможности и эффективность медикаментозного воздействия при тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации.

Выводы. Анализируемые наблюдения, когда при ведении пострадавших с тяжелыми очаговыми ушибами головного мозга лобной и височной локализации стали строже придерживаться предложенных критериев дифференцированного лечения, показали положительную динамику результатов.

Результати впровадження протоколів лікування тяжкої черепно-мозкової травми з позицій доказової медицини (аналіз летальності та якості життя хворих)

Дзяк Л. А., Зорін М. О., Сірко А. Г.,
Гришин В. І.*, Дудукіна С. О.*,
Халімончик В. В.*, Магала Н. С.*

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня
ім. І. І. Мечникова*, Дніпропетровськ,
пл. Жовтнева 14, 49005,
8-0562-7135113, neurosirko@ua.fm

Мета. Вивчити вплив застосування протоколів діагностики та лікування, що базуються на доказовій медицині, на летальність та якість життя хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ).

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 2-х груп хворих з ТЧМТ, що знаходились на лікуванні у відділенні нейрореанімації Дніпропетровської обласної клінічної лікарні. Критерії включення хворих в дослідження були наступними: хворі з ізольованою черепно-мозковою травмою з субдуральними гематомами та/чи внутрішньо-мозковими вогнищевими ураженнями в перші 24 години з моменту травми при рівні свідомості 4—7 балів за шкалою ком Глазго (ШКГ), вік хворих до 60 років. У дослідження не були включені хворі, що мали хоча б один з наступних критеріїв: двосторонній фіксований мідріаз, інтраопераційне сплучування мозку, середній артеріальний тиск < 90 мм. рт. ст., $\text{SaO}_2 < 93\%$.

Основну групу склали 20 проспективно досліджених хворих, що знаходились на лікуванні в 2006—2007 році. Цим хворим проводився мультимодальний фізіологічний моніторинг, що включав: моніторинг внутрішньочерепного тиску (ВЧТ), церебрального перфузійного тиску (ЦПТ), мозкового кровотоку методом транскраніальної доплерографії, моніторинг основних життєво важливих показників організму та газів крові. Лікування хворих даної групи проводилось відповідно до сучасних рекомендацій по лікуванню ТЧМТ (Management and prognosis of severe traumatic brain injury, 2000, updates 2003; Guidelines for the surgical management of traumatic brain injury, 2006).

Вимірювання ВЧТ проводилось паренхіматозними та вентрикулярними датчиками монітором ICP Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg). Метою інтенсивної терапії хворих основної групи було досягнення кінцевих показників: ВЧТ менше 20 мм. рт. ст., ЦПТ 70 мм. рт. ст., SaO_2 99 — 100%, PO_2 в артеріальній крові не менше 150 мм. рт. ст., PCO_2 в артеріальній крові 36—42 мм. рт. ст.

Кожному хворому з основної групи ретроспективно (2004—2005 роки) підібрана пара — хворий з відомим катамнезом та аналогічними характеристиками: віком, рівнем свідомості за (ШКГ), результатами комп'ютерної томографії (контрольна група). Обстеження та лікування хворих даної групи проводилось відповідно до існуючих на той час методичних рекомендацій.

Результати лікування оцінені за п'ятиступінчатою шкалою виходів Глазго через 3 місяці з моменту травми (Jennett B, Bond M. «Assessment of outcome after severe brain damage», Lancet 1975).

Результати та їх обговорення. В контрольній групі отримані наступні результати: померло 8 хворих (40%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 7 хворих (35%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 5 хворих (25%). В основній групі померло 4 хворих (20%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 5 хворих (25%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 11 хворих (55%).

Висновки. Застосування мультимодального фізіологічного моніторингу (в першу чергу ВЧТ, ЦПТ, газу крові) і проведення терапії, відповідно до існуючих протоколів, дозволяє досягти значного зменшення летальності і покращення функціональних виходів при лікуванні хворих з ТЧМТ.

Вплив нейропротекторної інтенсивної терапії на якість життя хворих після тяжкої нейротравми

Клигуненко О. М., Дзяк Л. А., Зозуля О. О.

ДДМА (вул. Дзержинського, буд. 9, м. Дніпропетровськ, 49044; тел. 8056-713-53-08, E-mail: dzyak_la@dsm.a.dp.ua)

Мета. Вивчити вплив різних варіантів нейропротекторної терапії на якість життя хворих через 2,5—3 роки після ТЧМТ.

Матеріали та методи. Обстежено 65 хворих чоловічої статі, 22 — 55 років, рівень свідомості — не більш 7 балів за ШКГ, середня тривалість коматозного періоду $8,5 \pm 1,7$ діб. За видом нейропротекторної інтенсивної терапії хворих було розподілено на 3 групи. I група (16 хворих) мала фармакометаболічний захист мозку комбінацією тіопенталу натрію та ГОМКу. В II групі (29 хворих) до вказаних препаратів з 3-ї доби додавали курс гіпербаричної оксигенації (ГБО). Хворим III групи (20 чоловік) вищезазначену терапію поєднували з перфтораном. У віддаленому періоді вивчали рівень соціально-трудової адаптації, неврологічний статус, ЕЕГ, мнестичні функції, працездатність.

Результати. У пацієнтів всіх груп виявлено астено-невротичний синдром. У I групі повна трудова адаптація відновилася у 50% обстежених, близько 30% мали II або III групу інвалідності. Розсіяна неврологічна симптоматика виявлена у 8 хворих, у 5 хворих — вогнищеві симптоми. На ЕЕГ — стертість регіонарних кордонів ритміки, зниження реактивності зі зменшенням амплітуди та регулярності α -ритму. Короткотермінова пам'ять знижувалася на 39,9% при 100% збереженні зорової. Швидкість орієнтовно-пошукових рухів знижувалася на 47,3%, увага — на 8,6%, працездатність — більше ніж вдвічі. У II групі соціально-трудова адаптація відновилася у повному обсязі в 79%, III група інвалідності — у 21%. У 68% обстежених виявлено розсіяну неврологічну симптоматику, але вогнищеві симптоми приєднувалися до неї лише у 7,5%. На ЕЕГ виявлено ознаки дисфункції дієнцефально-стовбурових відділів. При цьому виявлено зниження короткострокової пам'яті на 14,5%, при 100% збереженні зорової, зменшення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 22,9%, уваги — на 7,4%, працездатності — на 1/3 від норми. Серед хворих III групи соціально-трудова адаптація повністю відновилася у 71% випадків, II та III групи інвалідності — у 29%. 71% обстежених мав розсіяну неврологічну симпто-

матику, до якої у 29% приєднувалася вогнищева. У половини обстежених на ЕЕГ виявлена стертість регіонарних кордонів. Виявлено зниження короткострокової пам'яті на 28,9%, при 100% збереженні зорової, вповільнення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 16,9%, при повному відновленні уваги та зниженні працездатності всього на 15%.

Висновки: 1. Інтенсивна терапія гострого періоду ТЧМТ повинна включати нейропротекцію.

2. Для підвищення відповідності між потребою клітин головного мозку у кисні та його постачанням нейропротекція повинна зменшувати інтенсивність обмінних процесів у клітинах (наприклад, барбітурати), забезпечувати пряме збільшення постачання O_2 (ГБО, перфторан) та захищати мембрану клітин від руйнівного впливу гіпоксії.

Оценка качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей

Дядечко А. А.

Институт нейрохирургии
им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru

Целью работы является определение критериев качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей в зависимости от времени ее выявления и проводимого лечения.

Материалы и методы. Анализировано 224 случая посттравматической назальной ликвореи. Катамнез составил от 1 до 3 лет. Качество жизни оценивалось по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale).

Результаты и их обсуждение. У всех больных истечение жидкости появилось в первые две недели после травмы, диагноз ликворея установлен в различные сроки с момента возникновения. В 164 случаях ликворея выявлена в первые дни после травмы, в 60 случаях — в сроки от 1 до 3 лет с момента возникновения.

В первой группе оперативное вмешательство проведено только в 5% случаев. У большинства больных с успехом использовалось консервативное лечение согласно разработанной в клинике схеме, а также по показаниям — длительное люмбальное дренирование. Воспалительные осложнения отмечались только у 2 из 164 больных.

По шкале исходов Глазго хорошее восстановление отмечалось в 50% случаев, умеренная инвалидизация — в 45%, грубая ивализация — в 5%.

Во второй группе хирургическое вмешательство потребовалось в 100% случаев, менингиты и менингоэнцефалиты возникли у 46 из 60 больных. В послеоперационном периоде всем больным устанавливали длительный люмбальный дренаж, больные получали консервативное лечение по схеме до 3 месяцев с рекомендацией соблюдать щадящий режим с исключением физических нагрузок до 3 лет. В большинстве случаев отмечалась грубая и умеренная инвалидизация. К прежней жизни вернулось 10% больных.

Выводы. 1. Отмечается прямая зависимость качества жизни пациентов с посттравматической назальной ликвореей от длительности заболевания

и сроков лечения — чем раньше начато лечение, тем лучше функциональные исходы.

2. Ранняя диагностика позволяет применять консервативное лечение и длительное люмбальное дренирование, повышая качество жизни пациентов.

Определение критериев оценки качества жизни больных с НІV

Дядечко А. А.

Институт нейрохирургии

*и.м. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru*

Целью работы является определение критериев оценки качества жизни больных с НІV на основе оценки клинических проявлений, тяжести заболевания (клинической категории).

Решение проблемы осложняется многогранностью проявлений заболевания и связанных с ним социальных проблем.

Материал и методы. Проведен анализ 30 случаев с различной нейрохирургической патологией на фоне НІV и НІV-ассоциированными очаговыми поражениями головного мозга (клинические категории А, В, С).

Результаты и их обсуждение. Наряду с эмоционально — волевыми расстройствами, существенно затрудняющими лечение, ведущую роль играет симптомокомплекс, характерный для данной клинической категории и НІV-ассоциированных заболеваний. Основные неврологические проявления со стороны ЦНС и периферической нервной системы обусловлены оппортунистическими инфекциями и их гнойными осложнениями, новообразованиями, НІV-деменцией, метаболическими и токсическими расстройствами.

Для оценки качества жизни использовались шкалы и тесты соответственно основным проявлениям, характерным для каждого пациента в соответствии с клинической категорией.

Для оценки субъективного восприятия боли использовался Опросник Боли МакГилла. Когнитивные функции оценивались при помощи Шкалы Комы Глазго (оценка уровня сознания), теста «Ориентация-Память-Внимание», теста Мини-Ментал.

Психологическое благополучие оценивалось согласно Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии, Индекса Общего Психологического Благополучия. Для больных с онкологическими заболеваниями использовалась Шкала Карновского.

Важным при оценке качества жизни больных с НІV является определение нарушений жизнедеятельности (самообслуживания, мобильности, общения и обучения, межличностных взаимодействий и отношений, семейной и общественной жизни). С этой целью используется Индекс Активностей Повседневной Жизни.

Выводы. 1. Проведенный анализ указывает на зависимость качества жизни больных с НІV от принадлежности к определенной клинической категории.

2. Оценка качества жизни больных с НІV должна быть основана на многогранности клинических и социальных проявлений заболевания.

Факторы, влияющие на качество жизни, связанного со здоровьем у больных с повторной легкой ЧМТ.

Каджая Н. В.

Институт нейрохирургии

*и.м. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru*

Цель работы: Выделить факторы, улучшающие качество жизни, связанного со здоровьем у больных с повторной легкой ЧМТ в отдаленном периоде травмы.

Материал и методы исследования: К основным факторам, ухудшающим физическое здоровье, относят боль, астенизацию, нарушение двигательных функций и восприятия (Study protocol for the World Health Organization, 1993).

Для оценки исходов реабилитации больных, перенесших черепно-мозговую травму предложено несколько шкал. Наиболее полно отражающей исходы легкой черепно-мозговой травмы является шкала Исходов НИИ им. Н.Н. Бурденко. Интенсивность существующей боли оценена по короткой форме Опросника Мак-Гилла.

Исследованию подверглись 150 больных с повторной легкой черепно-мозговой травмой (от 1 до 4 в анамнезе) в отдаленном периоде (через 1,5—3 года после получения последней черепно-мозговой травмы).

Результаты и их обсуждение: Отмечено, что только у 16 больных (10,6%) можно было квалифицировать состояние больного как выздоровление (отсутствие жалоб, хорошее самочувствие, полное восстановление трудоспособности); легкая астения (повышенная утомляемость, но нет снижения памяти и затруднения концентрации внимания, работа с полной нагрузкой на прежнем месте) диагностирована у 32 (21,3%) больных; умеренная астения выявлена у 65 (43,3%) пострадавших (снижена память, трудится на прежней работе, но менее родуктивно чем до ЧМТ); грубая астения (быстро устает физически и психически, истощаемо внимание, частые головные боли и другие проявления дискомфорта, может трудится на менее квалифицированной работе) диагностирована у 19 (12,7%) установлена 3 группа инвалидности; выраженные нарушения психики и/или двигательных функций но способность к самообслуживанию выявлена у 6 (4%) пострадавших, при этом устанавливается 2 группа инвалидности.

На выраженность посттравматических изменений влияют кратность (больше 2-х) перенесенной травмы, возраст (старше 60 лет) больных; наличие сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет).

Согласно Опроснику Боли Мак-Гилла выделены 5 категорий тяжести: 0 — нет боли — 24 больных (16%); 1 — боль низкой интенсивности, не ограничивающая жизнедеятельность или приводящая к легкой инвалидизации — 83 больных (55,3%); 2 — выраженная боль, не ограничивающая жизнедеятельность или приводящая к легкой инвалидизации — 35 больных (23,4%); 3 — боль, значительно ограничивающая трудоспособность и умеренно ограничивающая жизнедеятельность — 10 больных (5,3%); 4 — боль, значительно ограничивающая и трудоспособность, и жизнедеятельность больных. Больных с такой интенсивной головной болью не наблюдалось.

Выводы: Таким образом повторная черепно-мозговая травма в около 70% случаев может быть одним из основных факторов, влияющих на качество жизни, связанного со здоровьем.

Восстановительное лечение зрительных нарушений после черепно-мозговой травмы

*Жарова Е. Н., Иванова Н. Е.,
Кирьянова В. В.**

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. А. Л. Поленова*

**Санкт-Петербургская Медицинская
Академия последипломного образования,
Санкт-Петербург, ул. Маяковского д. 12,
тел. (812) 275-67-57,
E-mail-garlen@inbox.ru*

Проблема лечения больных с посттравматическими зрительными нарушениями остается актуальной в связи с высокой частотой и тяжестью клинических исходов.

Цель. В связи с этим целью нашего исследования было разработать и научно обосновать применение светодиодного излучения в лечении зрительных нарушений травматического генеза.

Материалы и методы. В РНХИ им. А. Л. Поленова на восстановительное лечение было взято 105 больных с нарушением зрения после нейротравмы. Топика поражения зрительного пути определялась на основании исследования зрительных функций, характера неврологических нарушений и результатов нейровизуализационных методов обследования (МРТ и КТ головного мозга), а также электроэнцефалограммы и исследование зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). При этом отклонения от нормы наблюдались у подавляющего большинства пациентов — 92,8% в основной группе, у 86,2% в контрольной группе.

Результаты и их обсуждение. После восстановительного лечения, включающего консервативную медикаментозную терапию и светодиодное излучение длиной волны 540 нм, больные осматривались нейроофтальмологом, проводилось исследование электроэнцефалограммы и зрительных вызванных потенциалов. В результате наблюдались динамические изменения остроты зрения, полей зрения, а также ЭЭГ и ЗВП данных. При этом хорошее восстановление (по шкале последствий нейротравм Глазго) достигнуто у 23,2% пациентов основной группы и только у 5,6% пациентов контрольной группы. При оценке изменений данных электроэнцефалограммы положительные изменения ЭЭГ преобладали в основной группе — 85,5%, $P < 0,001$.

Наблюдалось улучшение проведения по зрительному пути при исследовании ЗВП. Выявлено укорочение латентного периода у 74% больных в основной группе, тогда, как в контрольной группе только у 22%. Наблюдалась нормализация амплитудных параметров ЗВП у 71% пациентов в основной группе и лишь 19% в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, применение узкополосного некогерентного излучения длиной волны 540 нм в комплексном лечении зрительных нарушений травматического генеза более значительно улучшает клиническое течение заболевания по сравнению с группой больных, получавших одно медикаментозное лечение. Включение фотохромотерапии в комплекс лечения приводит к более быстрому и полному восстановлению зрительных функций.

Эффективность оказания помощи пострадавшим сельской местности с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой

Журавлев В. В.

*Донецкий Областной центр
экстренной медицинской помощи,
г. Донецк, 83110,
а/я 1412, 307-81-35;
serg1948@yandex.ru*

Цель. Повысить качество оказания помощи сельским жителям с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Проанализировано 404 случая оказания нейротравматологической помощи сельским жителям Донецкой области с изолированной (66,9%) и сочетанной (33,1%) черепно-мозговой травмой. Все больные были консультированы нейрохирургами по линии Донецкого областного центра экстренной медицинской помощи (ДОЦЭМП) и затем транспортированы в Донецкий областной нейрохирургический центр. Вся информация вводилась в информационную медицинскую систему «Медик-ЧМТ», анализировалась и подвергалась необходимому статистическому анализу. Оценка качества жизни проводилась в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ).

Результаты и обсуждение. Оценка качества жизни больных с изолированной ЧМТ показал, что умеренная инвалидизация отмечается чаще всего (81,4%), значительно реже встречалось хорошее восстановление (9,8%) и тяжелая инвалидизация выявлена в 8,8% случаев. При оценке качества жизни больных с сочетанной ЧМТ чаще всего (76,0%) выявлялась умеренная инвалидизация, реже тяжелая инвалидизация (17,7%) и только в 6,3% случаев наблюдалось хорошее восстановление с возможностью восстановления к труду.

Выводы. Качество жизни больных сельской местности, получивших ЧМТ определяется тяжестью травмы, изолированным или сочетанным ее характером и зависит от времени оказания специализированной помощи. При этом хорошее восстановление и/или умеренная инвалидизация чаще выявляется при изолированной ЧМТ. А тяжелая инвалидизация выявляется в несколько раз чаще в своей подгруппе при сочетанной ЧМТ. Таким образом, для повышения эффективности оказания помощи сельским жителям с ЧМТ, необходимо уделять больше внимания сочетанным повреждениям.

Улучшение качества жизни больных с посттравматической эпилепсией

*Каджая Н. В., Дядечко А. А.,
Белошицкий В. В., Бондарь Т. С.,
Болюх А. С., Кузьменко Д. А.*

*Институт нейрохірургії ім. акад
А. П. Ромоданова АМН України,
04050 Київ, вул Мануїльського, 32,
тел./факс (044) 489-31-88,
brain@neuro.kiev.ua*

Посттравматическая эпилепсия — серьезное осложнение черепно-мозговой травмы (ЧМТ), нередко приводящее к существенным ограничениям социальной активности потерпевших и ухудшающим качество их жизни. Различают ранние (в течение 7 дней после травмы) и поздние (после 7 дней) посттравматические эпилептические припадки. Данные исследований позволяют выделить следующие факторы риска развития судорог как в раннем, так и в отдаленном периодах ЧМТ: шкала комы Глазго < 10 баллов, наличие коркового ушиба, вдавленный перелом черепа, наличие эпидуральной гематомы, наличие субдуральной гематомы, наличие внутримозговой гематомы, проникающая ЧМТ, судороги в первые 24 часа после травмы.

Проведение противосудорожной терапии при посттравматической эпилепсии, несмотря на свою очевидность, сопровождается рядом неразрешенных проблем. ЧМТ вызывает продолжительные расстройства метаболизма нейронов, что позволяет рассматривать «посттравматическую нейральную депрессию» (post-traumatic neural depression) как показатель метаболических нарушений, риска осложнений и мишень для терапии. В частности, выраженность «нейральной депрессии» коррелирует с тяжестью дефицита когнитивных функций после ЧМТ (Hernandez T.D., 2006). В свою очередь, многие препараты, применяемые для лечения посттравматических судорог, являются «депрессантами ЦНС», снижающими уровень метаболизма нейронов. Имеются данные, что применение после ЧМТ бензодиазепинов, феноитоина, препаратов вальпроевой кислоты и карбамазепина нередко усугубляет отрицательные когнитивные эффекты ЧМТ.

Вышеизложенное обусловило повышенный интерес к такому антиконвульсанту как топирамат. Данное соединение, широкий фармакологический спектр которого включает механизмы блокирования каналов некоторых катионов и глутаматных рецепторов, демонстрирует способность регулировать нейрохимические и поведенческие дисфункции при экспериментальных ишемии и ЧМТ, обладая в частности нейропротективными свойствами. Так, назначение топирамата после ЧМТ в эксперименте приводило к отчетливому регрессу двигательных нарушений, улучшению когнитивных показателей, в частности, обучаемости и памяти, через 1 месяц после травмы (Hoover R.C. et al., 2004).

Нами изучалась эффективность лечения посттравматической эпилепсии у 20 больных с генерализованными эпилептическими приступами на протяжении 1 года. Топирамат (топилепсин производства фармацевтической компании «Здоровье») назначался в дозе 100—200 мг в сутки однократно. Частота припадков достоверно снизилась по сравнению с периодом до назначения противосудорожной терапии ($1,9 \pm 0,32$ в год против $5,1 \pm 1,21$). У 32% больных, получавших

топилепсин, эпилептические приступы в течение года отсутствовали. Данные результаты не отличались существенно от группы 20 больных, получавших традиционную противосудорожную терапию (карбамазепин, вальпроаты), в которой частота приступов составляла $2,2 \pm 0,81$. Однако, пациенты, получавшие топилепсин, к исходу года продемонстрировали лучшие результаты нейропсихологического тестирования в сравнении с традиционным лечением. Применялись компьютерные тесты на состояние памяти, внимания, мышления, изучалась выраженность депрессивной симптоматики методами Бека и Гамильтона. Назначение топилепсина сопровождалось достоверным снижением количества больных с депрессивной симптоматикой средней и тяжелой степени. Также отмечено, что использование топилепсина не дает изменений памяти, внимания, мышления приобрести стойкий характер в отдаленном периоде ЧМТ, что благоприятно влияет на дальнейший социально-трудовой прогноз у исследованных пациентов.

Влияние вида повреждения головного мозга и степени травматического дислокационного синдрома на исход черепно-мозговой травмы.

Климаш А. В., Бахтияров А. К.

*РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,
Санкт-Петербург, Россия.
Контактный тел. (812) 497-22-35,
e-mail: klimash@list.ru*

Цель исследования. Оценить исходы лечения больных тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) в зависимости от вида повреждения головного мозга и степени травматического дислокационного синдрома (ТДС).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 216 больных ТЧМТ. Среди них было 159 (73,6%) мужчин и 57 (26,4%) женщин в возрасте от 17 до 74 лет.

Вид повреждения головного мозга определяли на основании данных клинического течения и КТ головного мозга. При угнетении сознания непосредственно после ТЧМТ и наличии множественных контузионных очагов в подкорково-таламических и (или) стволовых отделах, поражение головного мозга оценивали как диффузное (ДПГМ) — 41 (18,9%) наблюдение. В случае верификации интракраниальных гематом и (или) очагов разможжения головного мозга с компрессией последнего, поражение расценивали как дислокационное — 175 (81,1%) случаев. Стадии ТДС оценивали в зависимости от выраженности угнетения сознания, стволовых рефлексов и нарушения витальных функций.

Результаты лечения оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. В наблюдениях ДПГМ с угнетением сознания кома I хорошее восстановление (ХВ) и умеренные нарушения жизнедеятельности (УНЖ) диагностированы у — 8,3% пострадавших, грубые нарушения жизнедеятельности (ГНЖ) — 33,3%, вегетативное состояние (ВС) — 16,7%, летальный исход (ЛИ) — 41,7%.

В случаях более глубокого угнетения сознания ХВ и УНЖ не верифицированы (0%) больных, ГНЖ — 3,4%, ВС — 27,6%, ЛИ — 69%.

Исходы ЧМТ в зависимости от стадии ТДС были следующими:

При ранних стадиях (ТДС I и II) ХВ и УНЖ установлены у 96,3 и 48,1% пострадавших, ГНЖ — 0 и 19,8%, ВС — 0 и 5,7%, ЛИ — 3,7 и 26,4% соответственно.

ТДС III стадии: ХВ и УНЖ отсутствовали во всех наблюдениях (0%), ГНЖ отмечали в 4,9% случаев, ВС — 8%, ЛИ — 87,1%.

ТДС IV стадии: ХВ, УНЖ и ГНЖ не выявлены (0%), ВС диагностировано у 3,6% больных; ЛИ — 96,4%.

При V стадии ТДС все пострадавшие (100%) погибли.

Заключение. Вид повреждения головного мозга и степень ТДС оказывают существенное влияние на исход ТЧМТ. В целом, исходы у больных ДПГМ с угнетением сознания кома I менее благоприятны, чем при ранних стадиях ТДС. В тоже время при ДПГМ с угнетением сознания кома II прогноз более благоприятен по сравнению с поздними стадиями ТДС.

Отдаленные результаты лечения травматических внутричерепных гематом

*Курбанзаде Р. К., Берснев В. П.,
Иванова Н. Е., Касумов Р. Д.*

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова. Санкт-Петербург,
ул. Маяковского, 12. Телефон 273-81-67*

Черепно-мозговая травма относится к самым тяжелым и распространенным формам поражения центральной нервной системы. В структуре травматизма тяжелые повреждения головного мозга составляют 30—40% (Лебедев В. В., 1990; Фраерман А. П. с соавт., 1997, 2001). Частота травматических внутричерепных гематом достигает 4—8% (Коновалов А. Н., Лихтерман Л. Б. и др., 2000 г.).

Цель работы. Оценить динамику неврологической симптоматики и социально-бытовой адаптации в отдаленном периоде травматических внутричерепных гематом.

Методы. Клинико-статистические, неврологические, психологические, компьютерная томография, электроэнцефалография.

Материалы. Проанализированы результаты лечения 197 больных с изолированными травматическими внутричерепными гематомами в остром и отдаленном периоде со сроками катамнеза от 1 до 22 лет. Большинство пациентов 78% — преимущественно мужчины, находилось в трудоспособном возрасте до 60 лет. По характеру гематомы: субдуральные 102 больных, эпидуральные — 40, эпилепто-субдуральные — 17, внутримозговые — 21, субдуральная и внутримозговая — 13, эпидуральная и внутримозговая — 1. По скорости развития синдрома сдавления головного мозга гематомы подразделились на острые (первые трое суток после травмы) — 151 наблюдения, подострые — 17 наблюдений, хронические — 29.

В отдаленном периоде после удаления травматических внутричерепных гематом выявляется разнообразная неврологическая симптоматика, которая по степени влияния на социально-трудовую сферу больных подразделяется на синдромы, вызывающие

грубую и умеренную инвалидизацию, а также у ряда больных отмечается выздоровление с хорошим восстановлением нарушенных функций. У больных, находившихся в стадии клинической субкомпенсации в остром периоде ЧМТ, подвергшихся более раннему и радикальному оперативному вмешательству, более часто отмечено выздоровление и развитие клинических синдромов умеренной инвалидизации по сравнению с больными, находившимися в стадии грубой декомпенсации. Ранняя диагностика и раннее проведение оперативного вмешательства уменьшают риск развития инвалидизирующих клинических синдромов. Клиническое течение отдаленного периода обусловлено сочетанием дезадаптирующих синдромов: церебрально-очаговый (19%), эпилептический (8%), гипертензионно-гидроцефальный (8%). Степень выраженности дезадаптирующих синдромов уменьшается с увеличением срока катамнеза и проводимого лечения. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у больных с гематомами снижение и утрата трудоспособности наступает в 60% наблюдений. Качество жизни пациентов определяется локализацией гематомы и выраженностью гипертензионно-гидроцефального синдрома. При локализации гематомы в функционально «незначимой» зоне мозга отмечаются лучшие показатели качества жизни индекс Бартеля 70 баллов, по шкале Пульс 9 баллов. При локализации гематомы в функционально значимой зоне показали хуже (индекс Бартеля ниже 60 баллов, по шкале Пульс до 24 балла). Первично отсроченная краниопластика у больных с последствиями черепно-мозговой травмы является одним из основных нейрохирургических методов ранней реабилитации и способствует более полному восстановлению нарушенных функций.

Таким образом, локализация гематомы и выраженность гипертензионно-дислокационного синдрома, раннее проведение хирургического лечения и первично отсроченной краниопластики предотвращает развитие неврологических дезадаптирующих синдромов, повышая уровень социальной и трудовой адаптации.

Качество жизни после хирургического и консервативного лечения хронических субдуральных гематом

*Лихтерман Л. Б., Потапов А. А.,
Кравчук А. Д.*

*Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко
РАМН, Москва, Россия. Москва, 125047,
4-я Тверская-Ямская, 16.
Тел.: 8(495) 250-08-46; e-mail: licht@aha.ru*

Введение. Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) относятся к распространенной и полностью излечимой патологии.

Цель: изучить качество жизни больных с ХСГ с учетом различных методов лечения.

Материал и метод. Прослежена динамика течения и исходы 338 наблюдений ХСГ (средний возраст больных 49,6±1,6 лет) с МРТ/КТ — контролем и изучением катамнеза на глубину до 10 лет.

Результаты и их обсуждение. Разработана концепция саногенеза ХСГ, основанная на устранении гиперфибринолиза в содержимом гематомы и управляемой внутренней декомпрессии. Поэтому в большинстве наблюдений ХСГ (89%) показана

минимально инвазивная хирургия — закрытое наружное дренирование. Краниотомия в хирургии ХСГ необходима лишь при кальцификации и организации хронических гематом (1%). При ХСГ малого объема, не вызывающих выраженной дислокации срединных структур и неврологического дефицита, допустимо консервативное лечение (10%). Хорошее восстановление было достигнуто в 84,5%, умеренная инвалидизация — 12,2%, грубая инвалидизация — 2,1%, летальность составила 1,2%. Грубая и умеренная инвалидизация обычно были обусловлены возрастными и преморбидными факторами, в частности, тяжелыми последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы. При изучении катамнеза рецидивов ХСГ не обнаружено. Возвращение к труду, учебе, либо к привычной домашней деятельности отмечены у 89,8% обследованных (90—100 баллов по шкале Карновского).

Заключение. При выборе адекватного лечения ХСГ обычно удается достичь хорошего качества жизни пациентов. Инвалидизация (у 10,2%) при полной резорбции ХСГ, как правило, обусловлена последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы или другой патологии, а также возрастной инволюцией.

Качество жизни в отдаленном периоде травматических повреждений структур задней черепной ямки (ЗЧЯ)

Мирзабаев М. Ж., Муминов З. В.

*Республиканский научный центр
нейрохирургии, Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,
тел.: 134-10-83, kariev@bcc.com.uz.*

Цель исследования. Оценка результатов лечения больных с травматическими повреждениями структур ЗЧЯ в аспекте оценки качества жизни в отдаленном периоде травмы.

Материал и методы. Изучены результаты лечения травматических повреждений структур ЗЧЯ в отдаленном периоде у 28 больных, находившихся на стационарном лечении в РНЦНХ с 2000 по 2004 гг. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. I группа — 12 больных с травматическими оболочечными гематомами малого объема (от 5 до 10 см³) субтенториальной локализации подострого течения, пролеченные консервативно. Оперативное вмешательство этим больным не было произведено из-за удовлетворительного общего состояния и минимальной неврологической симптоматики в виде умеренных головных болей и умеренных менингеальных знаков. II группа — 16 больных с аналогичными гематомами, пролеченные хирургическим путем. Проведена оценка качества жизни этих пациентов в сроки 3—6 месяцев после травмы на основе шкалы Карновского.

Результаты и обсуждение. У 8 больных I группы в сроки 3—6 месяцев после травмы диагностирован базальный арахноидит со снижением остроты зрения. Помимо этого у этих пациентов выявлялись мозжечковые симптомы в виде нарушения координации различной степени выраженности. По шкале Карновского уровень качества жизни у 6 из них соответствовало 60%, у 2 — 70%. У 1 больного наблюдались генерализованные приступы судорог тонико-клонического характера с утратой сознания,

уровень качества жизни у этого пациента соответствовало 80%. Во II группе в 4 случаях выявлена атрофия коры головного мозга и мозжечка, которые проявлялись мозжечковой симптоматикой в виде нарушения координации, атаксии, снижения памяти и внимания, умственной работоспособности. Уровень качества жизни у 3 этих пациентов соответствовало 80%, у 1 больного — 90%. У остальных 12 больных II группы значительных неврологических проявлений последствий травмы не было выявлено.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что при выборе метода лечения гематом малого объема задней черепной ямки целесообразным является хирургическое вмешательство.

К вопросу о качестве жизни пациентов с подострыми и хроническими субдуральными гематомами и методам удаления гематом

Новик Ю. Е., Зорин Н. А., Мосийчук Н. М.

*Днепропетровская областная клиническая
больница им. И. И. Мечникова,
Украина, 49005, Днепропетровск,
Октябрьская пл. 14, ОБМ,
тел. (056) 713-50-85, Novik_Yu@ukr.net.ua,
Novik_Yu@mail.ru*

Материалы и методы. С января 2001 по январь 2006, в нашей клинике по поводу подострых и хронических субдуральных гематом оперировано 169 пациента. Из трех применяемых методов, методом А (черезкожно — пункционным закрытым наружным дренированием полости гематомы) оперировано 85 (50,2%) пациентов, В — 73 (43,1%) пациента (удаление гематомы через стандартное фрезевое отверстие). Методом С — 11(6,5%) пациентов (с трепанацией черепа корончатой фрезой (20 мм Д). Из всех трех групп, у 31 пациента в послеоперационном периоде визуализировалась остаточная полость гематомы с содержанием, по объему не превышающей 25% — 30% исходного. Ранняя оценка результатов лечения, к концу 3-х послеоперационных суток, производилась по оценочной шкале ком Глазго (Glasgo Coma Scale), данным ЭЭГ, КТ, МРТ и офтальмоскопии. А отсроченная, через 1 и 3 года, по шкале последствий Глазго (Glasgo Outcome Scale), данным ЭЭГ, КТ, МРТ, офтальмоскопии и оценке косметического дефекта на голове.

Результаты и их обсуждение. При ранней оценке результатов лечения по методу А и В в 96,3% случаев отмечалось клиническое улучшение состояния соответствующее 15 баллам (GCS). В группе С (4 пациента — 36,36%), соответствующих по (GCS) 14—15 баллам, удерживалась головная боль и неприятные ощущения перемещения воздуха в полости черепа. На фоне регресса неврологического дефицита отмечались более грубые изменения на ЭЭГ и КТ (МРТ) картины остаточных объемов гематомы до 30% исходного, с явлениями пневмоцефалии. Одного пациента из последней группы (13—14 баллов GCS) пришлось реоперировать, однако, клиническая картина, данные ЭЭГ, КТ, МРТ от этого не изменились даже на 10 сутки. Через 1 и 3 года, во всех группах пациентов отсутствовали КТ (МРТ) признаки остатков гематом, по Glasgo Outcome Scale у всех отмечалось хорошее восстановление. В группе

С — в 100% случаев отмечались более частые болевые и другие ощущения в зоне операции, фокальные ЭЭГ изменения со стороны трепанаций, с очагом эпиактивности в 1-м случае (25%), более выраженные субатрофические изменения мозга, в 25% случаев по АКТ отмечено нежелательное смещение костного трансплантата в полость черепа. Косметический дефект в виде рубца, как негативное последствие операции отмечен самими пациентами.

Выводы. Субтотальное удаление подострых и хронических СД гематом, с остаточным объемом их содержимого до 30%, может считаться удовлетворительным результатом, не требует дальнейших хирургических действий и не ухудшает прогноз в отношении качества жизни. Качество же жизни пациентов в послеоперационном периоде по субъективным и объективным критериям оценки лучше обеспечено при миниинвазивной хирургической методике В и особенно А.

О результатах лечения хронических субдуральных гематом (ХСГ)

*Ольхов В.М., Кириченко В.В.,
Горбатьюк К.И., Чирка Ю.Л.,
Венцовский Л.О., Венцовский И.Л.,
Долгополова Р.А., Обертинский В.А.,
Ольхова И.В.*

*Винницкая областная психоневрологическая
больница им. акад. О.И. Ющенко,
21005, г. Винница, ул. Пирогова, 109;
нейрохирургическое отделение,
тел. (80432) 321580,
e-mail: gorbatyukkostya@mail.ru*

Цель. Определить качество жизни пациентов у лиц разного возраста с ХСГ.

Материалы и методы. Проведён анализ историй болезни и результатов лечения 25 больных с ХСГ, находившихся на лечении в областном нейрохирургическом отделении в 2006 году.

Результаты и их обсуждение. Это составило 3% от всех больных, лечившихся в стационаре за это время, 28% от пострадавших с ЧМТ, и 68% от всех больных с СГ. Средний возраст больных с ХСГ — 56 лет. Самому молодому пациенту было 39 лет, самому старому — 86.

В 6 раз ХСГ чаще отмечены у мужчин, при равной локализации над тем или иным полушарием головного мозга. В 6% наблюдений они располагались с двух сторон.

Причиной возникновения ХСГ в 70% была легкая ЧМТ, в 18% средней степени тяжести. Отсутствие указаний на ЧМТ отмечено в 12%. У 58% больных ЧМТ получена в состоянии алкогольного опьянения. Светлый промежуток колебался от 3,5 недель до 12 месяцев.

Решающим методом диагностики были МРТ, СКТ.

28% больных поступило в компенсированном состоянии, 69% в субкомпенсированном, 3% в стадии умеренной декомпенсации.

Показаниями к операции являлись нарастающие расстройства сознания, психики неврологических симптомов, гемодинамических изменений.

В 12% наблюдений наступило самоизлечение ХСГ. Из оперированных больных в 96% ХСГ удалялись через одно фрезевое отверстие с закрытым наружным дренированием, у остальных через два. Объем ХСГ колебался от 70 до 250 мл. По ходу операции у каждого 4-го больного возникала необходимость в проведении люмбальной пункции с инсуффляцией воздуха. Контроль расправления мозга осуществляется визуально, КТ. Результаты операции оценены через 4-6мес. по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale):

Хорошее восстановление — 91%

Умеренная инвалидизация — 9%

Выводы. 1. Качество жизни пациентов с ХСГ у лиц различных возрастных групп зависит от адекватно выработанной тактики лечения.

2. Не всегда наличие ХСГ является показанием к операции.

3. Оптимальным методом хирургического лечения ХСГ, независимо от возраста является их удаление через одно фрезевое отверстие с последующим закрытым наружным дренированием.

Оценка качества жизни больных после тяжелых черепно-лицевых повреждений

Панченко В.Н., Деркач В.Н.

*Киевская областная клиническая больница,
04107, Киев, ул. Баггоутовская, 1,
тел. (044) 483-13-95.*

Цель. Определить критерии качества жизни больных после перенесенных черепно-лицевых травм, степени повреждения и восстановления неврологического статуса, состояние функции органов и тканей лица, что даст возможность конкретизировать как объем повреждения, так и качество выздоровления больных данной категории.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения больных с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области (ЧЧЛО), где помимо других повреждений костей лицевого скелета присутствовал перелом верхней челюсти по среднему (ЛеФор II) и верхнему (ЛеФор I) уровням, когда щель перелома распространяется на переднечерепную или среднечерепную ямы и, когда зоной повреждения задействованы: основание головного мозга, органы зрения, осязания, слуха. Проанализированы истории болезни 140 больных, пролеченных в Центре челюстно-лицевой хирургии. Повреждения ЧЧЛО верифицированы рентгенографически и с помощью компьютерной томографии. Лечение пострадавших проводилось как по общепринятым методикам, так и с применением «Компрессионно-дистракционного аппарата для лечения переломов костей лицевого скелета» (КДАП). Для оценки качества жизни после перенесенной травмы использовали шкалу осложнений Глазго (Glasgow Outcome Scale), что в Украине определяется степенью инвалидности — I, II, III группы согласно принятым МСЭК критериям.

Результаты и их обсуждение. Все больные было разделены на две группы. Первая группа (15 человек) — контрольная, лечение проводилось по принятым методикам. После проведенного лечения у пострадавших наблюдалось: снижение остроты зре-

ня — у 4 больних, порушення болевой и тактильної чувствительности подглазничной области и верхней губы — у 3, малые эпилептические припадки — у 1, нарушение осязания — у 1, что придерживаясь шкалы осложнений Глазго можно характеризовать как инвалидность II группы. Вторая группа составила 135 человек, которым устранение травматических повреждений проводилось с помощью КДАП. Эта группа больних возвратились к привычному способу жизни (по шкале осложнений Глазго пункт 3 — хорошее восстановление).

Выводы. 1. Использование КДАП для устранения повреждений костей лицевого черепа оказывает неопределимую помощь при лечении переломов костей лицевого черепа.

2. Использование шкалы осложнений Глазго при оценке состояния пострадавших в посттравматическом периоде помогает четко и конкретно оценить самочувствие больного и вынести объективное решение об эффективности проведенного лечения как относительно неврологического статуса, так и челюстно-лицевой области. Что имеет большее значение при вынесении экспертного решения, особенно в страховой медицине.

Методичні підходи до оцінки якості лікування при черепно-мозковій травмі

Педаченко Є. Г.

*Інститут нейрохірургії АМН України,
Інститут нейрохірургії імені
акад. А. П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32,
тел. (044) 486-46-08, pedachenko@mail.ru*

Якість лікування хворих, що перенесли черепно-мозкову травму (ЧМТ), оцінюється за: 1) якістю надання медичної допомоги в відповідному нейрохірургічному відділенні і за 2) якістю життя хворих, що перенесли ЧМТ.

Якість надання медичної допомоги оцінюють за відповідністю стандартам і протоколам надання медичної допомоги, а також за показниками летальності при тяжкій черепно-мозковій травмі.

Стандарти і клінічні протоколи лікування періодично переглядають відповідно до досягнень науки і практики охорони здоров'я, з урахуванням пропозицій фахівців.

Світовою практикою визначені (Teasdale, 1995) середньостатистичні показники летальності при тяжких черепно-мозкових пошкодженнях в залежності від стану хворих за Шкалою ком Глазго. Так, при ШКГ=15 балам летальність не повинна перевищувати 1%, 13—14 балів — 3—5%, 9—12 балів — 9%, 3—8 балів — 35—40%.

Визначають також показники летальності в залежності від нозології тяжкої ЧМТ (вогнищеві забої головного мозку, дифузне аксональне пошкодження, епідуральні, субдуральні, внутрішньомозкові, множинні внутрішньочерепні гематоми, тощо) з урахуванням локалізації ушкодження, стану хворого, віку хворих, преморбідного стану, строків втручання після отриманої травми, тощо

Якість життя хворих, що перенесли ЧМТ, визначається за Шкалою наслідків Глазго (вегетативний стан, глибока інвалідизація, помірна інвалідизація, хороше відновлення).

В Україні якість життя хворих визначається ступенем інвалідизації — I, II, III група інвалідності за прийнятими МСЕК критеріями.

Втрата працездатності (інвалідизація) може бути стійкою чи тимчасовою.

Оценка качества жизни оперированных больных с травматическими оболочечными гематомами

*Семисалов С. Я., Качанов В. А.,
Качанова Е. В.*

*Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк, 83110, а/я 1412,
тел. 307-81-35;
e-mail: serg1948@yandex. ru*

Цель. Выявить эффективность оперативного лечения травматических оболочечных гематом головного мозга по качеству жизни пострадавших.

Материал и методы. Изучено 766 наблюдений с травматическими оболочечными гематомами (ТОГ) головного мозга. Из них в 551 случае (71,9%) были субдуральные гематомы, в 215 (28,1%) — эпидуральные. У всех больных гематомы удалялись хирургическим методом. Полученная информация вводилась в специальную информационную медицинскую систему «Медик-ЧМТ» и в последующем анализировалась и подвергалась статистической обработке.

Результаты и обсуждение. При оценке качества жизни в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ) выявлено, что у пострадавших, оперированных по поводу субдуральных гематом чаще всего отмечалась умеренная инвалидизация (84,6%), реже (10,5%) — тяжелая инвалидизация и только в 4,9% имело место хорошее восстановление и больные приступили к труду. В группе оперированных по поводу эпидуральных гематом умеренная инвалидизация выявлена в 86,5%, тяжелая инвалидизация — в 6,1%, а хорошее восстановление (больные приступили к труду) — в 7,4%.

Выводы. Оценка качества жизни больных, оперированных по поводу ТОГ должна проводиться комплексно, включая и ШИГ. При этом исходы оперативного лечения эпидуральных гематом были несколько лучше, чем субдуральных. Это во многом объясняется более выраженными травматическими изменениями мозга при возникновении субдуральных гематом, чем эпидуральных. Изучение качества жизни больных, оперированных по поводу ТОГ головного мозга позволяет более объективно оценивать эффективность проведенного лечения и находить направления повышения качества оказываемой помощи пострадавшим.

Анализ качества жизни больных с посттравматическими костными дефектами черепа после краниопластики корундовыми и титановыми имплантатами

Сипитый В.И., Пятиков В.А.,
Печерский Б.В., Гунько Б.В.,
Воробйов В.В., Бабалян Ю.А.

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра нейрохирургии
61033, г. Харьков, пр. Правды, д. 13.,
тел. 705-67-27, e-mail: babalyan_y@rambler.ru

Цель. Изучить качество жизни больных с посттравматическими дефектами черепа после краниопластики корундовыми имплантатами в ближайшем и отдаленном периодах.

Материалы и методы. В нейрохирургической клинике Харьковского государственного медицинского университета с 1995 года по 2007 год 312 больным выполнена краниопластика посттравматических костных дефектов: в 289 (92,6%) случаях — корундовыми имплантатами, в 23 (7,4%) — титановыми имплантатами. По локализации выделяли костные дефекты: лобной — 49 (15,8%), лобно-глазничной области — 23 (7,4%), височной — 73 (23,4%), теменной — 32 (10,2%), затылочной области — 29 (9,3%), обширные дефекты с вовлечением двух и более областей встречались в 106 (33,9%) случаях.

Больным проводилось комплексное обследование, включавшее в себя: клинический осмотр, ЭЭГ, краниография, пошаговая компьютерная рентгеновская томография с использованием компьютерного томографа СТ МАХ фирмы «Дженерал Электрик», СКТ с построением высококачественных 3D реконструкций.

Ближайшие результаты оценивались по данным клинико-инструментального обследования при выписке пациента из нейрохирургического стационара. Отдаленные результаты являлись отражением специального изучения катамнеза на глубину до 12 месяцев.

Оценка качества жизни производилась с помощью опросника «Удовлетворенность жизнью-11» (по A.R. Fugl-Meyer и соавт., 2002) в дооперационном периоде, при выписке и контрольных осмотрах в сроки 3, 12 мес.

Результаты и их обсуждение. При контрольном осмотре при выписке, через 3, 12 месяцев после краниопластики костных дефектов черепа в 306 (97,9%) случаях имплантат был стабилен, без признаков миграции по данным краниографии, КТ. В 6 (2,1%) случаях произведено удаление корундовых имплантатов в сроки 3 месяца после операции в связи с трофическими нарушениями.

Оценка «Удовлетворенность жизнью-11» (max=666.) у пациентов, согласно опроснику, составляла в дооперационном периоде, в среднем, — 47,36., повышаясь к моменту выписки до 51,26., и достигая через 3 мес. — 56,86., через 12 мес. показателя — 57,26.

Выводы. Краниопластика корундовыми и титановыми имплантатами позволяет повысить качество жизни больных с посттравматическими костными дефектами черепа.

Зависимость качества жизни от стандартов лечения больных с переломом височной кости в остром периоде черепно-мозговой травмы с неврологическим дефицитом.

Скобская О.Е., Жданова В.Н.

Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 483-95-73, skobska@gala.net

Нарушение функции черепных нервов предверно-улиткового, лицевого, реже отводящего, тройничного и глазодвигательного являются одними из основных симптомов перелома основания черепа средней черепной ямы (височной кости) в остром периоде черепно-мозговой травмы. Полноценное восстановление функций черепных нервов имеет не только клиническое, но и социальное значение, влияющее на качество жизни пациента.

Цель работы: уточнить стандарты лечения больных с переломом основания средней черепной ямы в острый период ЧМТ, осложненный дисфункцией предверно-улиткового и лицевого нервов.

Материалы и методы: Клиническим материалом исследований послужили результаты обследования 109 пациентов с переломом височной кости в остром периоде ЧМТ. Возраст больных колебался от 17 до 50 лет. Диагноз во всех случаях был верифицирован на основании анамнестических данных, жалоб пациентов, клинических данных, оценке отоскопических данных, использовании отомикроскопии, исследовании слуховой и вестибулярной функций, электронейромиографического исследования, комплекса рентгенологических (краниография, АКТ и МРТ) методик.

Выявлено снижение слуха у 106 (97,2%) больных, нейросенсорного и комбинированного характера на стороне поражения, часто наблюдалось снижение слуха на противоположной стороне по нейросенсорному типу, в основном на высоких тонах, в 2-х наблюдениях — практически глухота односторонняя. Дисфункция лицевого нерва на одноименной стороне поражения выявлена у 37 больных (34%). Оценка функции лицевого нерва проводилась по шкале House — Brackman, больные распределились следующим образом III — IV — 34%; V — 2 больных. Наш опыт показывает, что реабилитационная терапия у пациентов с V степенью нарушений безперспективна, им показано хирургическое лечение.

Лечебная тактика носила комплексный характер. Проводилась антибактериальная, дегидратационная, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Комплекс местной терапии, включал использование терапевтического гелий-неонового лазера в сочетании с методом эндаурального фонофореза или электрофореза лекарственных веществ, ультразвуковой терапии с последующей нейромышечной электростимуляцией, а также комплекс лечебной физкультуры. Продолжительность курса лечения 2—3 недели.

Результаты: В результате проводимого лечения, практически во всех случаях, был получен хороший анатомический и функциональный результат. Перфорации барабанной перепонки (дефект костнохрящевого кольца) зарубцевались, что сопровождалось объективно — восстановлением слуховой функции (аудиологический контроль слуха в ди-

наміке на протязенні перебування в стаціонаре) і суб'єктивно — уменьшенням шуму.

Динамика восстановления функции лицевого нерва носила позитивный характер. Согласно инструменту оценки, шкале House — Brackman, после I курса лечения, пациенты распределились следующим образом: II — 13,5%, III—IV — 24,3%. В дальнейшем пациентам был рекомендован повторный курс лечения.

Выводы: Лечение больных в остром периоде ЧМТ с переломом основания черепа средней черепной ямы, осложненный синдромом неврологического дефицита должно носить целенаправленный комплексный характер, на ранних этапах с подключением восстановительной терапии. Разработка и практическое внедрение стандартов лечения пациентов с данной патологией поможет предотвратить инвалидизацию больных, улучшить адаптационные возможности и способность к социальной интеграции, тем самым существенно повысить качество их жизни.

Качество жизни у лиц пожилого возраста при сочетанной черепно-мозговой травме

Умирсеригов Б. У., Мирзабаев М. Д.

*Республиканский научный центр
нейрохирургии, Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,
тел. 134-10-83, kariev@bcc.com.uz.*

Цель исследования. Оценка результатов лечения сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ) у лиц пожилого возраста в аспекте оценки качества жизни в отдаленном периоде.

Материал и методы. Изучены результаты лечения СЧМТ с переломами трубчатых костей в отдаленном периоде у 34 больных, находившихся на стационарном лечении в РНЦНХ с 2002 г. по 2006 г. Больные разделены на 2 группы в зависимости от методов лечения: 1 группа — 16 больных оперированных по поводу переломов трубчатых костей, 2 группа — 18 больных с консервативным лечением перелом трубчатых костей. Проведена оценка качества жизни этих пациентов в сроки 3-6 месяцев после травмы.

Результаты и обсуждения. У 16 оперированных больных — наблюдалась быстрая активизация, восстановление сердечно-сосудистой и дыхательной систем, хорошая консолидация костных отломков и скорейшее восстановление опорно-двигательного аппарата. Раннее оперативное вмешательство на опорно-двигательном аппарате позволило активизировать больных уже на 2—3 сутки после операции. Отмечался также более быстрый регресс неврологической симптоматики. Сроки стационарного лечения сократились до 12—14 суток. Ранее возвращение в круг семьи привело к более ранней адаптации больных к новым условиям, даже с иммобилизированной конечностью.

У 18 больных находящихся на скелетном вытяжении с последующей иммобилизацией конечности отмечалось медленное восстановление и активизация, при этом страдал не только соматический статус. Длительное нахождение в стационаре у 7 больных проявлялись в виде психоза, у 11 больных развился депрессивный синдром. При этом постельный режим при переломе нижних конечностей обуславливал

не только медицинские затраты, но и материальные затраты родственников. Последнее несомненно сказывалось на эмоциональных межродственных отношениях.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что при выборе метода лечения у больных с СЧМТ целесообразным является раннее хирургическое вмешательство. Ранняя активизация больного и возвращение в привычный круг семьи, несомненно улучшают качество жизни пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой.

Деякі критерії якості життя хворих з травмами носа в поєднанні з нейротравмою

Шкоба Я. В., Абизов Р. А., Держак В. М.

*Київська обласна клінічна лікарня, 04107, Київ,
вул. Багговутівська, 1, тел. (044) 483-13-95.
Київська медична академія післядипломної
освіти ім. П. Л. Шупика*

Мета. Вивчити доцільність внесення деяких доповнень до існуючих критеріїв якості життя хворих з травмами носа, в поєднанні з нейротравмою.

Своєчасність надання медичної допомоги постраждалим внаслідок нейротравми, відіграє важливу роль в подальшій реабілітації таких хворих та відновленні основних вітальних функцій.

В 30—45% випадках нейротравма супроводжується травмою ЛОР органів, і зокрема носа. Несвоєчасне надання ЛОР допомоги призводить до порушення функції дихання, що в подальшому погіршує якість життя. Важливим є вибір правильної та своєчасної тактики лікування травм носа.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано історії хвороби 894 хворих, що знаходилися на лікуванні в нейроотравматологічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні. У 599 (67,7%) хворих діагностовано нейротравму, а в 325 (54%) в поєднанні з травмою носа. З них у 127 (39%) діагностовано перелом кісток носа зі зміщенням (стан за шкалою Глазо в межах 9—13 балів), а у 198 без зміщення (8—12 балів). Практично у всіх постраждалих травма носа супроводжувалася носовою кровотечею того чи іншого ступеню.

Постраждалим надавали наступну ЛОР допомогу:

I. В залежності від інтенсивності носової кровотечі проводиться її зупинка.

II. Після зупинки носової кровотечі, проводили репозицію кісток носа.

Результати та їх обговорення. При незначній травмі та травмі середньої важкості, вважаємо за доцільне проведення репозиції кісток носа одночасно з наданням нейрохірургічної допомоги.

Проведення репозиції у хворих з важкою нейротравмою, повинно бути відстрочене на 5—7 днів, а у випадках дуже важкого стану хворого — до шести місяців і більше.

У хворих, яким своєчасно проведено репозицію кісток носа, повністю відновлювалося носове дихання та форма носа.

Висновки. Таким чином, вважаємо за доцільне, окрім прийнятих критеріїв оцінки якості життя хворих з поєднаною нейро- та ЛОР-травмою, враховувати такі критерії, як відновлення функції дихання та форми носа.

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

Динамика когнитивних расстройств (КР) после периаартериальной симпатэктоми (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.

Обнадёживающие результаты получены при контрольных УЗТДГ, свидетельствующих о снижении циркуляторного сосудистого сопротивления, уменьшении депрессии линейной скорости кровотока. Надо полагать, этому служило устранение констрикторных влияний симпатической иннервации церебральных сосудов, активизация коллатерального кровообращения, дополнительная «пульсовая подкачка» участка ВСА, лишённого 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 патологии.

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: ivatel@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 см³⁰, 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 см³, осложнения острого периода.

Complex and Giant aneurysms of anterior circulation

Tetsuo KANNO

*Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN,
TEL: +91-562-93-9253,
FAX: +91-562-93-3118,
E-mail: tkanno@fujita-hu.ac.jp*

Aneurysm >2.5 cm is considered Giant. Apart from Size; presence of thrombus, atherosclerosed wall, perforator or branch arising from the aneurysm, dome of the aneurysm embedded in a parenchyma, partially coiled or previously clipped aneurysms are the factors which make the aneurysm complex

In spite of the tremendous advances in imaging technology, microsurgical techniques, and endovascular modalities; Giant and complex aneurysms of anterior circulation are still a challenge for a neurosurgeon.

Strategy of management of complex and Giant aneurysm of anterior circulation is different. Pre operative imaging includes 3D CT angiography and MR angiography, while 3 D DSA in selected cases. Selection of modality; whether endovascular, surgical or combined, is based on the detailed analysis of pre operative images and discussion with endovascular team.

We use standard pterional craniotomy for most of the cases with anterior circulation aneurysms at circle of Willis and Orbitozygomatic craniotomy in selected cases. Measures like, extradural clinoidectomy, utilization of Dolenc approach for proximal control are applied when needed.

Meticulous microsurgical dissection, wide splitting of Sylvian fissure, patient arachnoid dissection, achieving proximal and distal control and aneurysm dissection are standard practice.

Selection of proper clip and proper technique of clip application are of significance. Multiple clip techniques such as March clip technique, Tandem clip technique, neck reconstruction are essential tools.

Endoscope assistance is of important to evaluate blind corners and confirmation of complete obliteration of aneurysm. We also use Doppler to confirm complete exclusion of aneurysm.

Alternative strategies are useful in selected cases and includes; utilization of Hypothermia and cardiac arrest which provides more time as well as slacken the aneurysm and if needed aneurysm can be opened, thrombus removed and neck reconstruction can be done. Aneurysm, which is unclippable, is wrapped.

Combined modality with endovascular treatment is also an important tool in selected cases. Options would be: proximal temporary balloon occlusion, endovascular suction decompression, surgical bypass with endovascular vessel occlusion or trapping of aneurysm and partial clipping to occlude and narrow the neck and complete obliteration by coiling.

Conclusion. Giant and complex aneurysms of anterior circulation are a challenge for a cerebrovascular surgeon. With proper selection of approach, proper application of microsurgical technique and utilization of endovascular and surgical combination modalities these aneurysms can be managed with better outcome.

Combined Microsurgical and Endovascular modalities for Complex Intracranial Aneurysms

Yoko Kato, Chen Lukui, Hirotoshi Sano,
Takeya Watabe, Sadayoshi Watanabe,
Tetsuo Kanno

*Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN.
TEL: +91-562-93-9253,
FAX: +91-562-93-3118,
E-mail: neuron7@fujita-hu.ac.jp*

OBJECTIVE. A limited series of patients with aneurysms were reviewed retrospectively to analyze strategies for integrating microsurgical and endovascular techniques in the management of complex, surgically incurable aneurysms.

METHODS. Since 1997, Nine patients were managed with a multimodality approach comprising a total of 4 different combinations: 1) coiling after intentional reconstruction of aneurysm neck (n=4); 2) coiling of recurrent aneurysm after clipping (n=1); 3) coiling of aneurysm and parent artery after bypass procedures (n=1); 4) clipping of aneurysm after attempted and incomplete coiling (n=3);

RESULTS. Among 9 aneurysms treated with combined therapy, 6 aneurysms were large or giant in size and 7 had fusiform, dissecting or multilobulated morphology. Complete angiographic obliteration was achieved in 8 aneurysms (88.9%). Overall, 8 patients (88.9%) had good outcomes (Glasgow Outcome Scale score of 4 or 5; mean follow-up, 43 mo). 1 patient died possibly due to accompanying silent basilar tip aneurysm rupturing. There were no treatment-associated mortality or severe morbidity occurring.

CONCLUSION. As for complex, surgically incurable aneurysms, endovascular coiling should be artistically combined with microsurgical clipping and revascularization. Among combined strategies, the intentional reconstruction of aneurysm neck followed by coil embolization, and clipping after attempted and incomplete coiling should be more than often encouraged for those complex aneurysms.

Surgery in Brain AVMs

Yoko Kato, Minoru Yoneda, Hirotoshi Sano

*Department of Neurosurgery,
Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN,
TEL: +91-562-93-9253,
FAX: +91-562-93-3118,
E-mail: neuron7@fujita-hu.ac.jp*

INTRODUCTION. AVM excision is a challenge for a neurosurgeon. There is always a high risk of intra operative bleeding. It is not only because of the abnormal vessels in the AVM, but also due to the change in hemodynamics of the surrounding brain. As the surgery proceeds, surrounding brain become more hyperemic and may start bleeding.

Bleeding may start from the nidus. The reason maybe..

1. Coagulation of the draining vessels with persistent arterial feeder.
2. Inadequate feeder coagulation.
3. Persistent residual / daughter nidus.
4. Inadequate intraoperative blood pressure control.

AIM OF AVM SURGEY. 1. Excision of the nidus only.

2. Preservation of the surrounding brain

MATERIAL & METHODS. This presentation is based on personal experience & retrospective analysis of 350 patients who underwent surgery for the excision of arteriovenous malformation in our department.

SURGICAL TECHNIQUE. The basic principle of AVM surgery is different from tumor excision. The most important point in AVM surgery is to find a plane between the nidus & the surrounding brain. Once the plane is found, it should be followed around the AVM nidus. The arterial feeders and dilated capillaries encountered should be coagulated first and the main draining vein should be preserved till the end. Feeder more than 1 mm should be occluded by coagulation and hemoclip.

The AVM in eloquent area can also be removed base on the same principles except, plane should be made first in the adjacent non eloquent area and then followed in the eloquent area.

The surgical strategies and management of complications will be presented by video clips,

до 59 лет — 67 (75,3%). Средний возраст составлял 45 лет.

Диагностический комплекс включал определение топографо-анатомического диагноза (АГ, КТ, КТ-АГ, МРТ, МРТ-АГ) и гемодинамическую характеристику (АГ, ТКУЗДГ, ЭЭГ с применением компрессионного теста) аневризм.

Хирургический метод лечения применён у 89 больных. Использованы следующие виды операций: транскраниальные, внутрисосудистые и комбинированные.

Результаты. Оценку результатов хирургического лечения выполняли с применением унифицированной шкалы исходов Глазго (Janet B. 1977) Получены следующие результаты. (1.) — хорошее восстановление: возвращение к нормальной жизни с минимальным дефицитом, частичное возвращение к трудовой деятельности — у 25 больных, что составило (28%).

(2.) — умеренная инвалидизация (инвалидизирован, но независим) — может перемещаться в общественном транспорте — 38 больных, (43%).

(3.) — тяжелая инвалидизация — в сознании, но инвалидизирован, нуждается в постороннем уходе — 22 больных (24%).

(4.) — хроническое вегетативное состояние — указанный исход в данной группе больных не наблюдался.

(5.) — смертельный исход у 4 больных (4.5%).

Результаты хирургических операций при гигантских артериальных аневризмах головного мозга

Хиникадзе М.Р., Цімейко О.А.

*Институт нейрохирургии
им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,
04050, Киев, ул. Мануильского, 32,
(044) 486-95-03, brain@neuro.kiev.ua*

Вступление. Среди АА головного мозга особенную сложность представляет группа так называемых гигантских аневризм. Современное хирургическое лечение внутричерепных гигантских АА включает использование высокоразвитых диагностических и лечебных технологий, поэтому требует высокопрофессиональных специалистов, составляющих активно взаимодействующую команду. Для решения вопросов, связанных с планированием операций, необходим детальный дооперационный анализ данных о расположении аневризмы и окружающих ее сосудов и мозговых структур, выбор оптимального хирургического доступа и метода вмешательства, с учетом конкретной локализации аневризмы.

Цель работы. Разработка критериев, позволяющих оптимально использовать существующие хирургические методы или их сочетание при лечении гигантских АА различной локализации.

Материал и методы. В Институте нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова с 1998 по 2006г.г. находилось на лечении 89 больных с гигантскими АА головного мозга различной локализации. У 41 больного заболевание дебютировало субарахноидальным кровоизлиянием (46%), у 48 (54%) протекало по псевдотуморозному типу. Большинство больных было женского пола — 56 (63%), мужчин — 33 (37%). Возраст пациентов — от 13 до 78 лет. Основная группа представлена больными в возрасте от 30

Оцінка змін якості життя після ендovasкулярної ангіопластики і стентування стенотичних уражень магістральних церебральних артерій

Костюк М.Р., Цімейко О.А.

*Институт нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,
04050, Київ, вул. Мануїльського, 32,
(044) 486-95-03, kostiuk@i.com.ua*

Мета. Оцінити зміни в неврологічному статусі у хворих після ендovasкулярних реконструктивних втручань з приводу стенотичних уражень сонних і хребтових артерій головного мозку і визначити фактори, які впливають на покращення якості життя внаслідок операції.

Матеріали і методи. З 1999 року в судинній клініці інституту проведено 90 операцій ендovasкулярної ангіопластики і стентування (ЕАС) 87 хворим з атеросклеротичними стенозами сонних і хребтових артерій (75 і 15 втручань відповідно). Групу дослідження склали 82 чоловіка і 7 жінок у віці від 46 до 84 років. У 31 (34,8%) хворого стенотичне ураження поєднувалось з оклюзією магістральних церебральних артерій (МЦА). Клінічні симптоми ішемічних порушень мозкового кровообігу (ПМК) визначені у 71 спостереженнях (82,0%), асимптомний перебіг захворювання — у 16 випадках. До операції стійкий неврологічний дефіцит різного ступеню виразності мав місце у 57 хворих, ішемічні ПМК транзитного характеру — у 14 випадках. Терміни спостереження після втручання склали в середньому 21 місяць. Якість життя хворих оцінювали за шкалою соціальної дезадаптації Ренкіна.

Результати. До операції рівень соціальної дезадаптації хворих мав наступний розподіл: відсутність неврологічних симптомів — 30 спостережень

(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 виконувалися 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 можна 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 розповсюдженості 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. Катамнез склав 4 місяці. Якість життя оцінювалась за шкалою наслідків Глазго (Glasgow Outcome Scale).

Результати та їх обговорення. Кількість оперованих хворих з НВГ складала 27% від усіх пацієнтів з ГПМК, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні за цей період часу. Серед оперованих чоловіків було 12(57%), жінок — 9(43%). Середній вік хворих 51 рік. При вступі стан хворих оцінювався по ШКГ: 5 пацієнтів — 4—6 балів, 2 — 7—9 балів, 14 — 13—15 балів, та по Hunt-Hess: II ст. — 8 хворих, III ст. — 6, IV ст. — 5, V ст. — 2.

НВГ у 10 випадках спостерігались в лівій півкулі, 11 — в правій. Об'єм НВГ від 50 до 180. Варіант локалізації НВГ у 9 випадках латеральний, 7 — серединно-внутрішній, 5 — тотальний. Причинами НВГ були ГХ — 20 випадків, АВМ — 1.

В діагностиці використовувались СКТ, МРТ, МР-АГ.

Операції виконувались в строки від 6 годин до 21 доби. Серед усіх хворих 4 були прооперовані пункційно-аспіраційним методом, 17 з використанням КПТ, енцефалотомії, тотального видалення НВГ. В зв'язку з рецидивом НВГ виконана одна повторна операція. Якість життя через 4 місяці: відновлення — 5 (23,8%), помірна інвалідизація — 6 (28,7%) хворих, груба інвалідизація — 5 (23,8%), апалічний синдром — 1(4,7%). Померло 4 пацієнта (19%).

Висновки. Критерії якості життя хворих, що перенесли операцію з приводу НВГ залежать від:

1. Швидкої доставки пацієнтів в лікувальні заклади вторинного рівня і встановлення діагнозу інсульту,

2. Своечасного направлення в Центр цереброваскулярної нейрохірургії, де виконуються сучасні методи діагностики (СКТ, МРТ, МР-АГ, УЗДГ),

3. Адекватності оперативних втручань залежно від часу виникнення НВГ, її локалізації та об'єму.

Качество жизни больных в течение первого года после эмболизации артериовенозных мальформаций гистакрилом

*Панунцев В. С., Иванова Н. Е.,
Андреева Е. С.*

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт имени
проф. А. Л. Поленова. 191014, Санкт-
Петербург, ул. Маяковского 12. Тел. 495-2132,
e-mail: elena-sergeevna2005@yandex.ru*

Целью настоящего исследования являлась оценка качества жизни пациентов с АВМ различной локализации и типом течения заболевания после эмболизации гистакрилом.

Материалы и методы. Всего было обследовано 30 пациентов. Средний возраст — $29,2 \pm 10,6$ лет. Учитывали локализацию, структуру и кровоснабжение АВМ, тип течения, степень радикальности выключения. Применяли шкалы Гусева и Скворцовой, индекс Бартела. 26 пациентов имели полушарную локализацию АВМ, из них 6 — в области подкорковых ганглиев, 4 — в ЗЧЯ. Всем больным выполнена суперселективная эмболизация АВМ с применением гистаакрила.

Результаты и обсуждение. При геморрагическом типе течения в 6 наблюдениях при выключении АВМ от 20 до 90%, достоверной динамики показателей качества жизни в течение первого года после

операции (в среднем 90—100 баллов по индексу Бартела) не было. В 3 наблюдениях с выключением АВМ на 90% показатели качества жизни в течение года также сохранялись на дооперационном уровне (95—100 баллов).

При эпилептическом типе течения при уменьшении объема АВМ до 75 динамика в течение года по индексу Бартела в среднем с $80,0 \pm 5,0$ до $90 \pm 5,0$ баллов.

При псевдотуморозном типе течения в послеоперационном периоде с выключением АВМ на 45—70% симптоматика сохранялась на прежнем уровне, без существенной динамики показателей качества жизни (90—95 баллов) в течение года.

При смешанном типе течения с выключением АВМ на 40—70% в 7 наблюдениях в течение последующего года качество жизни сохранялось на уровне $85 \pm 5,0$ — $100 \pm 5,0$ баллов.

Сравнительная оценка качества жизни больных с каротидно-кавернозным соустьем

*Рахматуллаева Д. С.,
Шарифуллина Ф. К.*

*Республиканский научный центр
нейрохирургии, Ташкент,
Республика Узбекистан,
700000, Ташкент, ул. Каблукова, 5,
тел. 1342532, e-mail: kariev@bcc.com.uz*

Цель исследования: сравнительная оценка качества жизни больных с каротидно-кавернозным соустьем (ККС).

Материалы и методы. Исследование качества жизни больных проводилось методом анкетирования 62 больных с ККС с различной выраженностью застойных явлений в глазнице и глазном яблоке находившихся на обследовании и лечении РНЦНХ РУз.

Результаты исследования выявили, что наличие зрительных расстройств являются одним из основных факторов снижающих качества жизни больных тесно связанных с длительностью функционирования ККС.

В ходе исследования 49(79%) больных с ККС оценили состояние своего времени как «плохое», 8 (12%) больных — как «посредственное», 5 (8%) больных — как «хорошее». Ни один из пациентов не оценил состояние своего зрения как «отличное», хотя острота зрения которых равнялась единице.

В ходе исследования 62 больных отметили, что несмотря на регулярное закапывание глазных капель, они не испытывали субъективного облегчения и не видели положительного эффекта от назначенного лечения.

После проведения эндоваскулярного вмешательства 50 (80,6%) больных оценили состояние своего зрения как «хорошее», 7 (11,2%) — «посредственное», 5 (8%) — «плохое».

Объективная оценка состояния зрения совпадает с субъективной оценкой.

Таким образом, выявлено, что своевременное и раннее выключение ККС способствует сохранению и повышению зрительных функций, что улучшает качество жизни больных.

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.

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, внутримозгового 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. Мануйльського, 32,
(044) 486-95-03, brain@neuro.kiev.ua

Вступ. Хірургічне лікування хворих з артеріальними аневризмами (АА) головного мозку являє собою загальноприйнятту практику профілактики інтракраниальних 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 артерії (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 загально — 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, задньолобово-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 гіповентиляцією, 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 включало 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 метою, транскраніально, транскраніально з продовженням ендovasкулярною метою. Церебральна ангиографія (АГ) була ключовим методом для оцінки проведеного лікування 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%.

**Качество жизни пациентов
оперированных различными методами
в остром периоде разрыва церебральных
аневризм.**

**Зорин Н. А., Чередниченко Ю. В.,
Григорук С. П., Мирошниченко А. Ю.**

*Днепропетровская государственная
медицинская академия, Днепропетровская
областная клиническая больница,
г. Днепропетровск, 49000, пл. Октябрьская, 14,
8-0562-468567, yuritch@ua.fm*

Цель. Определить зависимость качества жизни больных после оперативного выключения церебральной аневризмы в остром периоде от сроков и метода оперативного лечения.

Материалы и методы. За последние 7 лет в нашей клинике прооперировано различными методами 226 больных в острый период разрыва аневризмы, с субарахноидальным и субарахноидально-вентрикулярным кровоизлиянием. Пациенты с внутримозговым кровоизлиянием были исключены из данного исследования.

В зависимости от метода хирургического лечения больные были разделены на две группы: 116 больных, у которых аневризма была выключена микрохирургическим методом; 102 больных, у которых аневризма была выключена эндоваскулярно.

В зависимости от сроков операции больные распределились следующим образом: в острейший период, в сроки с 1 по 3 сутки с момента разрыва аневризмы микрохирургическим методом оперировано 61 больной, эндоваскулярно — 49; в периоде с 4

по 14 сутки микрохирургическим методом оперировано 55 больных, эндоваскулярно — 53.

Результаты. В группе микрохирургического выключения послеоперационная летальность составила 6,7% (8 человек), в группе оперированных эндоваскулярно — 3,9% (4 человек).

Через 3—6 месяцев состояние больных оценивалось согласно модифицированной шкале Rankin (msR).

Среди оперированных в сроки 1 — 3 суток с момента разрыва аневризмы уровень состояния больных по msR 0—2 балла (хорошее состояние) в группе микрохирургического выключения — у 45 больных (76,3%), эндоваскулярного — у 38 (79,2%); 3 балла в группе микрохирургического выключения — у 7 (11,9%), эндоваскулярного — у 5 (10,4%); 4 балла в группе микрохирургического выключения — у 5 (8,5%), эндоваскулярного — у 3 (6,3%); 5 баллов в группе микрохирургического выключения — у 2 (3,4%), эндоваскулярного — у 1 (2,1%).

Среди оперированных в сроки 4 — 14 суток с момента разрыва аневризмы уровень состояния больных по msR 0—2 балла в группе микрохирургического выключения — у 29 больных (59,2%), эндоваскулярного — у 40 (80,0%); 3 балла в группе микрохирургического выключения — у 6 (12,3%), эндоваскулярного — у 5 (10,0%); 4 балла в группе микрохирургического выключения — у 8 (16,3%), эндоваскулярного — у 4 (8,0%); состояние в 5 баллов в группе микрохирургического выключения — у 6 (12,3%), эндоваскулярного — у 1 (2%).

Выводы: качество жизни больных значительно хуже среди оперированных в сроки 4—14 суток микрохирургическим методом в сравнении с остальными группами.

Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу пухлин головного мозку

Качество жизни больных с опухольями области III желудочка после нейрохирургических мешательств

Базунов М. В.,
Вербова Л. Н.

Институт нейрохирургии им. акад.
А. П. Ромоданова. АМН Украины.
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
тел. 483-96-14, child@neuro.kiev.ua

Цель: Изучить качество жизни больных с опухольями области III желудочка до и после нейрохирургических операций.

Материалы и методы: Динамика качества жизни больных изучена у 225 оперированных больных с опухольями области III желудочка с известным катамнезом (из 387 находившихся на лечении в Институте с 1993г. по 2006г.). Средний срок катанеза — 50 месяцев. Из 225 больных гистоструктура опухоли была определена в 140 наблюдениях: астроцитомы — 44, краниофарингиомы — 32, герминомы — 27, коллоидные кисты — 20, пинеаломы — 6, плексус-папилломы — 4, холестеатомы — 3, тератомы — 2, пинеобластома — 1, метастаз рака — 1. Оценка качества жизни больного производилась по шкале Карновского.

Результаты и их обсуждение: Качество жизни 225 больных при поступлении в Институт: 90 бал. — 25% набл., 80 бал. — 56% набл., 70 бал. — 13% набл., 60 бал. — 3,5% набл., 50 бал. — 1,3% набл., 40 бал. — 0,4% набл.; на момент выписки: 100 бал. — 7,4% набл., 90 бал. — 59% набл., 80 бал. — 30% набл., 70бал. — 1,7 набл., 60 бал. — 1,3% набл.; в отдаленный период: 100 бал. — 54% набл., 90 бал. — 24,6% набл., 80 бал. — 12% набл., 70 бал. — 1,2% набл., 60 бал. — 4,3% набл., 50 бал. — 1,7% набл.

Качество жизни больных в отдаленный период в зависимости от локализации опухоли: передние отделы III желудочка — 100 бал. — 51% набл., опухоли выполняющие III желудочек — 100 бал. — 42% набл., задние отделы III желудочка — 100 бал. — 62% набл.; от радикальности операции: после тотального удаления опухоли — 100 бал. — 48% набл., после субтотального удаления — 100 бал. — 29% набл., после частичного удаления — 100 бал. — 23% набл.; после ликворосунтирующих операций — 100 бал. — 28% набл. при локализации опухоли в передних отделах III желудочка — 6,4% набл., выполняющих полость — 4,5% набл., в задних отделах — 89% набл.; от гистоструктуры опухоли: коллоидные кисты — 100 бал. — 80% набл., герминомы — 100 бал. — 74% набл., пинеаломы — 100 бал. — 66% набл., астроцитомы — 100 бал. — 56% набл., краниофарингиомы — 100 бал. — 21% набл.

Выводы: 1. Качество жизни больше половины больных с опухольями области III желудочка

при поступлении составляло 80 бал. (56% набл.), при выписке оно увеличивалось до 90 бал. (59% набл.) и в отдаленном периоде наиболее часто оно составляло 100 бал. (54% набл.).

2. Качество жизни больных в 100 бал. в отдаленном периоде наиболее часто отмечалось при локализации опухоли в области задних отделов III желудочка (62% набл.), при тотальном удалении опухоли (48% набл.), а в зависимости от гистоструктуры новообразования — у больных с коллоидными кистами (80% набл.), герминомами (74% набл.), пинеаломами (66% набл.), астроцитомами (56% набл.).

Профилактика осложнений в хирургии невриноме вестибулокохлеарного нерва в результате применения нейрофизиологического интраоперационного мониторинга

Берснев В. П., Олюшин В. Е.,
Тасманбеков М. М., Фадеева Т. Н.,
Руслякова И. А., Чиркин В. Ю.

Российский нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург;
191104, Маяковского 12, тел. 8(812) 2729819,
e-mail: safarobob@mail.ru

Введение. Хирургическое лечение невриноме вестибулокохлеарного нерва, несмотря на применение во время операции современной микрохирургической техники, сопряжено с высоким риском развития послеоперационных осложнений в результате развития дисфункций ствола мозга и черепных нервов. Снижение риска развития этих осложнений является насущной проблемой.

Материалы и методы. У 74 пациентов во время операции использован комплексный нейрофизиологический мониторинг, включавший регистрацию АД, ЧСС, ЭКГ, ФПГ, капнографии, ЭЭГ, вызванных акустических стволовых потенциалов (АСВП).

Результаты и их обсуждение. В результате анализа полученных данных, мы пришли к выводу, что при ухудшении функционального состояния в первую очередь появлялись характерные изменения на ЭЭГ и АСВП, вегетативные же реакции появлялись несколько позже. Изменения биопотенциалов мозга можно было разделить на 2 типа. Изменения 1 типа развивались быстро и кратковременной приостановки хирургических манипуляций и последующего изменения тактики и техники удаления опухоли было достаточно для стабилизации состояния больных. Изменения 2 типа развивались гораздо медленнее и носили более стойкий характер. Это требовало, как правило, полной остановки вмешательства и проведения во время и после операции комплекса мероприятий для нейровегетативной стабилизации. Для проведения нейровегетативной стабилизации были использованы препараты

направленного рецепторного действия, а также продленная искусственная вентиляция легких. Анализ послеоперационного неврологического статуса выявил, то что при наличии изменений 1 типа неврологических нарушений после операции не было, при реакциях 2 типа у 75% пациентов такие нарушения были.

Выводы. Таким образом, использование постоянного интраоперационного нейрофизиологического мониторинга позволяет вовремя, еще до возникновения вегетативных реакций, произвести коррекцию хирургической тактики и тем самым уменьшить неврологические расстройства после операции.

Метастатические поражения головного мозга

Близнюкова Е. Г.

*Белорусский государственный медицинский
университет, студентка 524 группы
лечебного факультета,
г. Минск,
пр. Держинского, 83, 220000,
тел. +375297617986,
e-mail kotishka0705@mail.ru.*

Цель исследования: изучить особенности развития и клинического течения метастатического поражения ГМ для улучшения возможности раннего выявления и результатов лечения этой патологии у онкобольных.

Материалы и методы: анализ пролеченных больных (83 истории болезни) с данной патологией в 9 ГКБ г. Минска за период 2001-2006 по данным историй болезни и катamnестического наблюдения (изучение катamnеза 47 больных).

Результаты и выводы: церебральные метастазы поражают население трудоспособного возраста (45-55 лет), чаще болеют женщины; самыми частыми источниками метастазов ГМ являются рак легкого-33,7%, меланома-24,1%; четвертая часть больных остается без выявления первичной опухоли, поэтому необходим более тщательный онкопоиск у этих больных; соотношение одиночных и множественных метастазов 9:1, одиночные характерны для рака почки и опухолей ЖКТ, а множественные — для меланомы, рака легкого и молочной железы. Изучение катamnеза 47 больных показало, что на данный момент умерло 34 пациента (74%), живы 13 (28%). Рецидивы возникли у 9 (10,8%) из 83 пациентов, причем безрецидивный период составил от 3 до 9 месяцев. Летальный исход наступил в диапазоне от 3 до 392 дней после операции. Качество выживших больных по шкале Карновского составляет от 50 до 90 баллов. Проведение регулярных неврологических осмотров у больных с онкопатологией способствует более раннему выявлению метастазов ГМ. Хирургическое лечение является единственным способом сохранить жизнь и увеличить ее продолжительность и качество у этих пациентов. Неблагоприятные исходы при лечении данной патологии подтверждают необходимость совершенствования диагностики и специализированного лечения.

Результаты хирургического лечения больных с опухолями задней черепной ямки при применении комплексного нейрофизиологического мониторинга

*Фадеева Т. Н., Олюшин В. Е.,
Руслякова И. А.*

*ФГУ Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург,
191104, ул. Маяковского 12,
тел. 273-80-67, e-mail: fed@admiral.ru.*

Применение комплексного нейрофизиологического мониторинга в режиме реального времени позволяет своевременно выявлять функциональное ухудшение ствола головного мозга. Центрогенные реакции рассматриваются нами как триггеры ухудшения функционального состояния мозга.

Исследованно 140 пациентов, оперированных по поводу экстрацеребральных парастволовых опухолей и глиальных опухолей ЗЧЯ и медуллобластом с прорастанием в дно IV желудочка больших размеров. Проводилась одновременная регистрация ЭЭГ и АСВП.

Результаты. Ретроспективный анализ показал, что оперативные вмешательства в группе пациентов с интраоперационно выявленными центрогенными реакциями чаще заканчиваются субтотальным удалением опухоли, а у больных с центрогенными реакциями 2-го типа в 45,5% наблюдений частичным удалением опухоли.

Количество осложнений возрастает при регистрации центрогенных реакций 2-го типа и реакций 1-го типа с переходом во 2 тип, причем наиболее распространенным осложнением являлось нарушение кровообращения в стволе головного мозга.

При поступлении в стационар балльная оценка по шкале Карновского во всех исследуемых группах не имеет достоверной разницы, тогда как при выписке больных из стационара выявлены различия. Отмечается улучшение состояния и увеличение среднего балла по шкале Карновского в группах больных без центрогенных реакций и с центрогенными реакциями 1-го типа. И напротив, ухудшение состояния пациентов, и снижение балльной оценки неврологического статуса в группах больных с центрогенными реакциями 2-го типа и особенно с центрогенными реакциями 1-го типа с переходом во 2 тип.

Выводы. Применение интраоперационного комплексного нейрофизиологического мониторинга позволяет своевременно корректировать технику и тактику оперативного вмешательства от кратковременной приостановки до полного прекращения хирургической манипуляции, такой подход оправдан, так как использование описанной выше тактики позволило снизить инвалидизацию и улучшить качество жизни больных с экстрацеребральными и глиальными опухолями задней черепной ямки.

Прогнозування якості життя хворих з гліомами супратенторіальної локалізації після хірургічного лікування

Главацький О. Я.,
Чепкій Л. П.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А. П. Ромоданова АМН України, 04050,
м. Київ, вул. Мануїльського, 32,
тел. (044) 483-92-19, nesegal@ukr.net

Безумовно відсутність летальності при хірургічному лікуванні хворих з гліомами визначає його безпечність та ефективність. Проте, збереження або навіть покращення якості життя хворих, можливість їх повної соціальної реадптації останнім часом набуває не меншого значення. В рамках концепції «розумного радикалізму» це значить, що якщо операція може призвести до грубої інвалідизації її доцільність стає сумнівною і у такому разі необхідно застосовувати інші методи лікування.

Мета: визначення прогностично сприятливих і несприятливих чинників які статистично достеменно впливають на якість життя хворого у післяопераційному періоді.

Матеріали і методи: в дослідження включено 1056 оперованих хворих. Використана модифікована шкала Карновського (ІК), критерій X^2 Пірсона, інформаційна міра Кульбака, метод послідовного аналізу Вальда, при аналізі враховувалися 150 основних показників.

Результати та їх обговорення: об'єктивно оцінити вплив прогностичних ознак вдалось за допомогою аналізу Вальда. Визначення прогностичних коефіцієнтів (ПК) усіх вірогідних факторів показало, що на якість життя впливав цілий їх ряд і в першу чергу — вік хворих ($X^2=64,84$, $n=2$, $p<0,01$). Так, у осіб молодого віку ПК був позитивним (+2,1), а у літніх — негативним (-5,1). Мав значення і темп розвитку захворювання, величини ПК в залежності від нього коливались від -2,1 до +2,2 ($X^2=38,38$, $n=4$, $p<0,01$). Найбільш інформативним був ІК, якщо до операції він був нижче 50 балів, то ПК знижувався до — 7,3, а якщо ІК вище 70, то ПК становив +9,0. Розбіжність була високо вірогідною ($X^2=346,38$, $n=3$, $p<0,01$). Якість життя значно погіршувалась при ФВЗ-локалізації (ПК=-2,2). Для визначення ступеню ризику інвалідизації розраховувалась сума ПК (СПК) пацієнтів з ІК більше і менше 60 балів. Із збільшенням СПК відсоток хворих з високою якістю життя зростав. Так при СПК від +5 до +10 ІК вище 60 спостерігався у 83% випадків, а якщо СПК був більше +15, то навіть у 97%. При підвищенні радикальності операції ІК при різних величинах СПК значно зростав.

Висновки: 1. Об'єктивна оцінка прогностичної значимості окремих клінічних ознак при прогнозуванні якості життя можлива після визначення ПК. 2. При однаковій СПК прогноз вірогідно кращий при «тотальному» і субтотальному видаленні. 3. Сучасні хірургічні технології підвищують радикальність видалення гліом при одночасному підвищенні якості життя за рахунок зменшення травматизації мозкових структур.

Хіміотерапія при лікуванні хворих з гліомами супратенторіальної локалізації, її вплив на якість життя

Семенова В. М.,
Главацький О. Я.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А. П. Ромоданова АМН України,
04050, м. Київ, вул. Мануїльського, 32,
тел. (044) 483-92-19, nesegal@ukr.net

Основними критеріями до проведення хіміотерапії (ХТ) є: злоякісний характер пухлини, її хіміочутливість, стан хворого згідно шкалі Карновського — більше 50—55 балів. В той же час токсичний вплив більшості хіміопрепаратів на організм в цілому може звести нанівець результати хірургічного лікування.

Мета: спрогнозувати ефективність ХТ у хворих з злоякісними гліомами та дослідити її вплив на якість життя.

Матеріали і методи: ад'ювантна ХТ проводилась 310 пацієнтам з гліомами III—IV ступеня анаплазії (ст. ан.), в 49 спостереженнях застосовувалась місцева ХТ через резервуар Ommaу. Обов'язковим було урахування індивідуальної чутливості пухлини до хіміопрепарату. Статистичний аналіз за допомогою методики Вальда.

Результати та їх обговорення: Частіше ХТ застосовувалась у пацієнтів віком до 40 років (59%). Супутня патологія обмежувала використання агресивної ХТ. Найчастіше (75-90%) вона проводилась при олигодендрогліомах (ОГ) та астроцитомах III ст. ан. і гліобластомах. Тяжкість вихідного стану визначалась виразністю вогнищевої та загальноомозкової симптоматики, що залежали, в першу чергу, від локалізації пухлини. ХТ найчастіше (47%) застосовувалась у хворих з медіанною локалізацією. Тільки у 8% індекс Карновського (ІК) до операції був нижче 50 балів. Тяжкий стан хворого після операції та ризик його подальшого погіршення обумовлював проти покази до ХТ. При наявності прогностично сприятливих факторів (вік менше 40 років, тривалість захворювання більше 3-х місяців та епілептиформний його перебіг, ІК більше 50 балів, ОГ) результати лікування були краще, хоча і не вірогідно в порівнянні з контрольною групою. Тенденція до достеменної різниці між групами залежала від радикалізму видалення пухлини. Після «тотального» видалення більше 15 місяців жили понад 60% пацієнтів які отримували ХТ, а в контрольній групі до 50%, після субтотального — більше 70% і до 60% відповідно. Якість життя до операції суттєво впливала на прогноз. Він погіршувався якщо ІК був менше 50 балів ($p<0,01$, ПК = -1,61). Навіть при більш високих ІК якість життя залежала від токсичності препарату та шляхів його введення. Так застосування темозоломідом було більш виграним у порівнянні з системою РСV, а місцевої ХТ у порівнянні з системою.

Висновки: Сучасні методи проведення ХТ дозволяють в деяких випадках досягти суттєвих результатів в лікуванні злоякісних форм гліом при збереженні високої якості життя.

Acoustic schwannoma surgery — techniques of facial and cochlear nerve preservation

Tetsuo KANNO

*Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN
TEL:+91-562-93-9253
FAX:+91-562-93-3118
E-mail: tkanno@fujita-hu.ac.jp*

Surgery for acoustic schwannoma is still one of the most difficult surgeries in neurosurgery. The difficulty is mostly due to functional preservation of facial and cochlear nerves.

Although the ideal treatment is the total removal, the preservation of the functions still can not obtain 100% by any experts. On the other hand, radiotherapy has been developed more recently. The combination of the surgery and radiotherapy has now shifted to the new era, because the mechanical advancement of the radiotherapy is also developing very fast.

Concerning the preservation of the facial nerve, the author will present the following points; there are 4 parts of facial nerve seen intra-operatively.

- REZ of facial nerve
- a part of the facial nerve running along parallel to the brain stem
- the so-called «last 10mm», which is seen just before its entry into the internal meatus
- the bottom of the internal meatus

The most difficult part to preserve is the so-called «last 10mm», because this part usually shows a curve with wide fanning. It is the most fragile part. When the size of tumor is large or giant, it may be better to leave small pieces of the tumor tissue on it. If it shows regrowth in the follow-up, then radiotherapy should be the combined modality of treatment.

Concerning the preservation of the cochlear nerve, it needs experience to identify the nerve because most of them can not always be identified by the figure on the tumor surface and for by intra-operative monitoring. The procedure of the so-called «collect the fanning fibers and make the nerve» is still one of the techniques.

These points will be presented mainly by the video demonstration.

Сравнение качества жизни у больных краниофарингиомами

Кариев Г. М., Тухтаев Н. Х., Алтыбаев У. У.

*Республиканский научный центр
нейрохирургии, Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблуква, 5,
134-10-83, kariev@bcc.com.uz.*

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ изучения качества жизни больных оперированных по поводу краниофарингиом.

Материал и методы. Работа основана на результатах наблюдений над 71 больным с краниофарингиомами. По методу операций больные разделены на три группы: пункционное опорожнение, эндоскопическое опорожнение с биопсией и микрохирургическое удаление с эндоскопической ассистенцией. В общей слож-

ности больным проведено 93 операции, что составило 1,2 хирургических вмешательства на больного. Возраст больных колебался от 1,6 месяцев до 59 лет. По полу мужского — 47,9%, женского — 52,1%. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 10 лет. Для оценки качества жизни использована шкала Карновского.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты свидетельствовали о том, что при выписке во всех 3 группах наблюдалось одинаковая тенденция повышения качества жизни на 4-5 баллов. Катамнестические данные во всех трех группах отличались. Так если в 1 и 3 группах качество жизни в первый год после операции повышалось на 3-6 баллов, во второй группе оно снизилось на 2 балла. Но более интересна дальнейшая тенденция. В период от 1 до 3 лет в первой и третьей группах наступало ухудшение качества жизни значительно в первой группе на 10 баллов, т.е. больные обслуживающие себя самостоятельно, стали нуждается порой в помощи (по Карновскому). А во второй группе качество жизни больных к 3 годам стало повышаться и к 4-5 годам после операции достигали самых высоких показателей в группах, т.е. у больных была нормальная активность с усилием.

Таким образом, все три метода операций при краниофарингиомах улучшают качество жизни больных. Но если пункционный метод в дальнейшем требует повторных операций и ухудшается качество жизни больных. То эндоскопический метод также, несмотря на повторные операции, не ухудшает качество жизни больных. Микрохирургическое удаление опухоли отличается стабильной повышением качества жизни больных.

Выводы: 1. Определение качества жизни больных позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимого лечения.

2. Паллиативные операции при краниофарингиомах хотя и улучшают качество жизни, но в дальнейшем приводят к значительному снижению ее качества.

3. Наиболее приемлемым в плане улучшения качества жизни являются удаление опухоли микрохирургическим путем с эндоскопической ассистенцией.

Сравнение качества жизни у больных с краниофарингиомами

*Кариев Г. М., Алтыбаев У. У.,
Тухтаев Н. Х., Асадуллаев У. М.*

*Республиканский Научный Центр
Нейрохирургии, г. Ташкент 700000,
ул. Каблуква 5, (+99871) 1341585,
kariev@bcc.com.uz*

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ изучения качества жизни больных, оперированных по поводу краниофарингиом.

Материал и методы. Работа основана на результатах наблюдений над 71 больным с краниофарингиомами. В общей сложности больным проведено 95 операций, что составило 1,3 хирургических вмешательства на больного. Возраст больных колебался от 2 до 63 лет. По полу больные распределились следующим образом: лиц женского пола — 33 (46,5%), — мужского 38 (53,5%). Сроки наблюдения от 6 месяцев до 10 лет. По методу операции больные

распределены на 3 группы: пункционное опорожнение, эндоскопическое опорожнение и микрохирургическое удаление. Для оценки качества жизни использована шкала Карновского.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты свидетельствовали о том, что в ближайшие послеоперационные сроки отмечается улучшение качества жизни у больных в первой группе на 10 баллов, во второй группе на 15 баллов и в третьей группе на 7 баллов. В отдаленные сроки отмечалось стабильное повышение качества жизни во второй и третьей группах, и больные достигали 80 баллов по шкале Карновского. В первой группе качество жизни в динамике снижалось из-за частых рецидивов болезни, что требовало проведения повторных операций.

Таким образом, все три метода операций при краниофарингиомах улучшают качество жизни больных. Но если пункционный метод в дальнейшем требует повторных операций и ухудшается качество жизни больных. То эндоскопический метод также, несмотря на повторные операции, не ухудшает качества жизни. Микрохирургическое удаление опухоли отличается стабильным повышением качества жизни больных.

Выводы: 1. Определение качества жизни больных позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимого лечения.

2. Паллиативные операции при краниофарингиомах хотя и улучшают качество жизни, но в дальнейшем требуют проведения повторных вмешательств.

3. Наиболее приемлемыми в плане улучшения качества являются микрохирургические и эндоскопические операции.

Качества жизни больных с окклюзионной гидроцефалией опухолевого генеза.

Холиков Н. Х., Кариев Г. М.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Республика Узбекистан, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcs.com.uz.

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения при окклюзионной гидроцефалии опухолевого генеза

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 67 больных в возрасте от 11 месяцев до 65 лет находившихся в РНЦНХ с 1999—2003 гг. Анализу подвергнуты катamnестические данные 50 больных, полученных при повторном обращении пациентов к врачу, что составляет 74,6% от общего числа оперированных больных. Средняя длительность катamnеза: 30,2 месяца. По уровню окклюзии ликворных путей больные были разделены на 2 группы:

Первую группу составили 23 больных с бивентрикулярной гидроцефалией.

Во вторую группу вошли 44 больных с тривентрикулярной гидроцефалией. Качества жизни больных оценивалось по индексу Карновского. Предоперационный ИК у больных был 60—80 баллов.

Вентрикулоцистерностомия по Торкильдсену (ВЦСТ) произведена 43 больным, эндоскопическая

фенестрация дна III желудочка (ЭВЦСТ-III) 24 больным.

Результаты и их обсуждение. После ВЦСТ в послеоперационном периоде улучшение состояния с регрессом гипертензионно-гидроцефальной симптоматики отмечено у 32 (74,41%) больных. Инфекционно-воспалительных осложнений наблюдались у 20,9% больных.

В раннем послеоперационном периоде умерли 9,3% больных.

После ЭВЦСТ в послеоперационном периоде регресс гипертензионно-гидроцефального синдрома отмечен у 83,3% больных. Инфекционно-воспалительных осложнений наблюдались у 20,9% больных.

Послеоперационная летальность составил 12,5% больных. В отдаленном периоде ИК возрастает незначительно. Наибольшее значение он имеет в группе с уровнем окклюзии на уровне задних отделов III желудочка и водопровода мозга которым произведена ЭВЦСТ-III. Качество жизни хуже и риск развития инфекционно — воспалительных осложнений выше у пациентов которым произведена ВЦСТ.

Заключение: отсутствие различий в качестве жизни больных в отдаленном периоде после ВЦСТ и ЭВЦСТ-III, а также большое количества инфекционно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде после ВЦСТ позволяет сделать вывод о целесообразности применения ЭВЦСТ-III при тривентрикулярной гидроцефалии опухолевого генеза.

Дисфункции лицевого нерва при опухолях мосто-мозжечкового угла

Муминов М. Д., Кариев Г. М.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

Республиканский научный центр нейрохирургии, Республика Узбекистан, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcs.com.uz.

Нарушение иннервации мимической мускулатуры при опухолях боковой цистерны моста представляет большую социальную проблему в нейроонкологии.

Хирургическое лечение стойких поражений лицевого нерва в настоящее время является единственными эффективными методом восстановления произвольной двигательной функции мимических мышц.

Цель: изучить результаты хирургической коррекции дисфункции лицевого нерва у больных с опухолями боковой цистерны моста.

Материал и методы: за период с 2000 по 2006 годы у 74 больных оперированных по поводу опухоли мосто-мозжечкового угла было произведено 21 операции по восстановлению функции лицевого нерва с помощью реиннервации его ствола. Качество жизни больных оценивалось по шкале Карновского, а функция лицевого нерва оценивалась по шкале House-Brackmann'a.

Результаты и их обсуждения: анатомическая целостность лицевого нерва была сохранена у 66 больных (89,19%). 53 (62,26%) отмечали хорошую функцию лицевого нерва (1—2ст. по шкале House-Brackmann). Из них 20 больных (37,74%) отмечали

снижение функции лицевого нерва с хорошим потенциалом восстановления в течение 1—12 месяцев. Несмотря на сохранение анатомической целостности лицевого нерва 13 больных (19,69%) отмечали стойкую его дисфункцию (3—4 ст. по шкале House-Brackmann).

Лицевой нерв был анатомически поврежден во время оперативного вмешательства в 8 случаях (10,81%). Снижение сохранение анатомической целостности лицевого нерва было отмечено в случаях кистозных опухолей данной локализации.

В целях снижения послеоперационной дисфункции лицевого нерва 21 больным (28,38%) была проведена хирургическая коррекция, заключающаяся в экстракраниальной реиннервации его ствола.

Функция лицевого нерва изучена у 15 больных (71,43%) после проведения хирургического восстановления его функции методом реиннервации. Первые признаки восстановления лицевого нерва появлялись спустя 4—6 месяцев после операции. Заметное улучшение мышечного тонуса и симметрии лица наступало спустя 12—14 месяцев.

Таким образом, применение хирургической коррекции при послеоперационной дисфункции и повреждении VII пары методом реиннервации, обеспечило раннее восстановление его функции у 13 (86,66%) из 15 больных и повысило качественно жизнь и социальную адаптацию больных с опухолью мосто-мозжечковой локализации.

Результаты хирургического лечения больных с менигиомами головного мозга с применением лазерного излучения

Олешкевич Ф. В., Федулов А. С., Шамкалович А. В., Сакович И. И., Коновалов П. В.

Белорусский государственный медицинский университет, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, пр. Дзержинского 83, 9-я городская клиническая больница г. Минска.

220116 Республика Беларусь, г. Минск, ул. Семашко 8. Тел.: +375172707295, +375296408664, e-mail: ashamcalovich@mail.ru

Цель работы. На основе клинического, инструментального исследований разработать комплексную систему лечения больных с менигиомами головного мозга с применением углекислотного и диодного лазеров.

Материалы и методы. С этой целью в клинике нейрохирургии БГМУ использовался углекислотный лазер с длиной волны 10,6 мкм, совмещенный с операционным микроскопом и диодный лазер со световолокном «ДИОЛАЗ-810» (длина волны 810 нм). Прооперировано 28 больных, с менигиомами различных локализаций (из них 6 конвексиальных, 11 менигиом основания черепа, 8 парасагитальных и 3 менигиомы задней черепной ямки). Средний возраст больных составил 50,5 лет. В процентном отношении преобладали женщины (82,2%). При удалении микрохирургическая лазерная техника использовалась на основных этапах вмешательства с учетом особенностей локализации опухоли и ее взаимоотношений со смежными анатомическими образованиями в тех случаях, когда лазерная методика представляет

преимущества перед общепринятыми методами с использованием традиционного инструментария. Двое больных с атипичными менигиомами прошли курс лучевой терапии.

Результаты и обсуждение. Отслежен катамнез больных, прооперированных с применением лазера. Общемозговая симптоматика отмечалась у 12,5% больных. Парезы в конечностях и судороги наблюдались у 8,7% больных. Зрительные нарушения сохраняются у 21,7% пациентов, в то же время, необходимо отметить, что у 80% из этого числа наблюдается положительная динамика после проведенной операции. В основном, это менигиомы селлярной области. Инвалидности нет у 39,2% пациентов, у 4,3% — 1 группа, у 21,7% — 2 группа, у 34,8% — 3 группа инвалидности. По шкале качества жизни Карновского средний уровень составил 91,6% (нижний 60%, верхний — 100%). Повторно был прооперирован 1 больной с менингосаркомой через 4 месяца после первой операции.

Вывод. Таким образом, по нашим наблюдениям использование углекислотного лазера позволяет увеличить радикальность удаления менигиом головного мозга, снизить травматичность хирургических манипуляций, предупредить интраоперационное кровотечение.

Результаты хирургического лечения больных с аденомами гипофиза с применением лазерного излучения

Олешкевич Ф. В., Шамкалович А. В., Федулов А. С., Сакович И. И., Сельский М. С.

Белорусский государственный медицинский университет, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, пр. Дзержинского 83, 9-я городская клиническая больница г. Минска, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Семашко 8, тел: +375172707295, +375296408664, e-mail ashamcalovich@mail.ru

Цель работы. Изучить возможности применения углекислотного лазера при удалении аденом гипофиза при различных доступах.

Материалы и методы. В клинике нейрохирургии БГМУ, вид доступа (субфронтальный или трансфеноидальный) определялся в зависимости от размеров аденомы гипофиза, характера и особенностей ее роста, нейроофтальмологических нарушений, а также данных рентгенографии турецкого седла. При значительном супраселлярном распространении опухоли ее удаляли из субфронтального доступа (17 проведенных операций). Из трансфеноидального доступа прооперировано 16 больных. Средний возраст составил 43,1 года. В процентном отношении мужчин было — 60,6% (23 пациента), женщин — 39,4% (13). При оперативных вмешательствах использовали углекислотный (длина волны $\lambda=10,6$ мкм) и диодный лазер ($\lambda=810$ нм). Лазерное излучение использовалось для создания окна в клиновидной пазухе при трансфеноидальном доступе, для вскрытия твердой мозговой оболочки и капсулы опухоли. Дополнительно оставшаяся часть капсулы облучалась дефокусированным лазерным лучом. Пятерым больным при трансфеноидальном доступе проведен курс фотодинамической терапии с фотосенсибилизатором

фотолон. 52,1% больных после операции прошли курс лучевой терапии.

Результаты и обсуждение. Отслежен катамнез больных, прооперированных с применением лазера с 1998 по 2007 годы. Гормональные нарушения отмечают 30,4% больных. Основными патологиями являются акромегалия, нарушение менструального цикла. Зрительные нарушения сохраняются у 55,6% пациентов, в то же время, необходимо отметить, что у 57,2% из этого числа наблюдается положительная динамика после проведенной операции. Жалобы на головную боль и головокружение предъявляли 13,1%. Инвалидности нет у 56,5% пациентов, у 26% — 2 группа инвалидности, у 17,5% — 3 группа. По шкале качества жизни Карновского средний уровень составил 92,5% (нижний 70%, верхний — 100%). Повторно был прооперирован 1 больной через 7 лет после первой операции.

Вывод. Таким образом, применение лазера обеспечивает оптимальные условия для удаления аденомы гипофиза в допустимых пределах, т. к. невидимый луч углекислотного лазера позволяет манипулировать в глубине раны при постоянном хорошем обзоре хиазмально-селлярной области. В то же время локальный характер воздействия лазерного луча, контролируемая точность его наведения, исключает возможность повреждения зрительных нервов, зрительного перекреста, супраклиноидного отдела сонной артерии и смежных участков мозга.

Электрофизиологический мониторинг как метод профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений в хирургии парасигитальных менингиом

Олюшин В.Е., Фадеева Т.Н., Улитин А.Ю., Чиркин В.Ю., Тастанбеков М.М.

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург; 191104, Маяковского 12, 8(812) 2729819, e-mail: safatovbob@mail.ru

В генезе возникновения или углубления неврологических нарушений в послеоперационном периоде при хирургическом лечении парасигитальных менингиом (ПМ) важную роль играют перестройки венозного кровообращения в зоне оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 198 пациентов ПМ, оперированных в РНХИ в период 1998—2006 гг.

Парасигитальное расположение опухоли с инвазией ВСС в средней или задней его трети являлось основанием к проведению на дооперационном этапе пробы с временным пережатием сосудов мягких тканей головы, которая проведена у 103 пациентов. У 49 из них проба оказалась положительной, что явилось основанием для проведения интраоперационного электрофизиологического мониторинга (ЭФМ), по результатам которого оперативное вмешательство у 23 пациентов разделено на два, а у 2 — на три этапа.

Результаты. В послеоперационном периоде оценивалась динамика неврологической симптоматики.

В группе пациентов, которым проводился до- и интраоперационный ЭФМ нарастание неврологической симптоматики (парезов) отмечалось у 21,2%, частичный или полный регресс — у 25,3%, без динамики — у 53,5% больных. В контрольной группе нарастание симптоматики отмечено у 38,6%, уменьшение — у 18,7% пациентов, без динамики — у 42,7% пациентов.

При сравнении группы пациентов, которым проводилось разделение оперативного вмешательства на несколько этапов по данным интраоперационного ЭФМ с больными, оперированными в один этап, нарастание очаговой симптоматики отмечалось реже — у 25,4% и 36,2% больных соответственно.

Таким образом, проведение до- и интраоперационного ЭФМ позволяет выработать адекватную тактику хирургического лечения и улучшить качество жизни пациентов.

Оценка состояния зрительных функций у пациентов, оперированных по поводу опухолей хиазмально-селлярной области в раннем послеоперационном периоде

Аникин С.А., Олюшин В.Е., Улитин А.Ю., Тастанбеков М.М.

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, отделение нейроонкологии, Санкт-Петербург, 191104, ул. Маяковского 12. Тел.: (812) 2729819, E-mail: AnikinSA-med@mail.ru

Цель. Улучшение зрительных функций у пациентов, оперированных по поводу опухолей хиазмально-селлярной области.

Материалы и методы. Настоящее исследование включает в себя анализ 193 историй болезни, пациентов с опухолью хиазмально-селлярной области, находившихся на лечении в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова с 2005 по 2007 г. Возраст пациентов составил от 18 до 69 лет. Пик заболеваемости пришелся на 45—55 лет. Преобладали женщины 63%. Больным проводилось полное клиническое, нейроофтальмологическое (исследование остроты зрения, полей зрения, офтальмоскопию) и нейрорентгенологическое исследование (МРТ/КТ головного мозга), осмотр ЛОР, эндокринолога, невролога.

Результаты и их обсуждение. Опухоли хиазмально-селлярной области: аденома гипофиза — 108 наблюдений (56%), краниофарингиома — 64 наблюдения (33%), менингиома (диафрагмы и бугорка турецкого седла, площадки клиновидной кости, ольфакторной ямки) — 21 наблюдение (11%).

Пациенты с начальным хиазмальным синдромом (снижение остроты зрения до 0,8 и начальными дефектами полей зрения) — 18%; пациенты с негрубым хиазмальным синдромом (снижение остроты зрения от 0,7 до 0,3 и темпоральное/битемпоральное сужение границ полей зрения) — 34%; грубый хиазмальный синдром (острота зрения от 0,2 до слепоты, поля

зрения битемпоральная гемианопсия в сочетании с сужением височных половин) — 48%.

Всем пациентам была выполнена краниотомия. В раннем послеоперационном периоде улучшение зрительных функций отмечено у 69% больных, без динамики зрительные функции остались у 23% больных, у 8% больных зрение ухудшилось. Худшие результаты были получены в группе пациентов с грубым хиазмальным синдромом.

Выводы. Восстановление зрительных функций после удаления опухоли лучше происходит у пациентов с начальным хиазмальным синдромом, ухудшение зрения связано со степенью поражения зрительного тракта и с трудностью удаления опухоли.

Оценка качества жизни онкологических пациентов после малоинвазивного криохирургического вмешательства на аденогипофизе

Пыхтин А.В., Черненко В.Г., Мороз В.А.

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины; Национальный фармацевтический университет МЗ Украины, г. Харьков, 61068; ул. акад. Павлова, 46, +38(057) 7382019; pykhtin@ic.kharkov.ua

Цель. Целью работы была количественная оценка влияния криодеструкции аденогипофиза на показатели качества жизни больных онкологического профиля. Учитывая однотипность и малую травматичность операции, особое внимание обращали на динамику опухолевой интоксикации.

Материалы и методы. Группу исследования составили 26 пациентов после криодеструкции нормального аденогипофиза по поводу распространенных форм канцероматоза (рак молочной железы, почки, лёгкого и др.). Контролем были 20 больных с первичными микроаденомами аденогипофиза. Операции выполнялись стереотаксическим методом. До и после нее проводили комплексное обследование, включающее рентген-исследование костных структур и МРТ мозга, а также необходимые иммунологические и гормональные исследования. Качество жизни пациентов оценивали с помощью модифицированной шкалы UW-QOL. Оценивали процентную градацию 9-ранговой величины показателей для каждого пациента (болевые ощущения, активность, восстановительный потенциал, способность к контакту, секвестрация личности, сопоставление, аппетит и др.). Для учета динамики опухолевой интоксикации использована модифицированная под характер вмешательства методика нейропсихологической оценки. Все значения сравнивали с исходными и контрольной группой.

Результаты и их обсуждения. В группе исследования отмечен существенный рост UW-QOL за счет отличного (у 65,4% пациентов) и хорошего (23,1%) анальгетического эффекта операции. Кроме этого, наибольшее влияние на рост UW-QOL (в среднем, на 50—78%) имело увеличение аппетита и купирование дисфагии. Нейропсихологическая оценка выявила снижение опухолевой интоксикации более чем у 80% пациентов.

Выводы. Стереотаксическая криодеструкция аденогипофиза при распространенном канцероматозе существенно улучшает качество жизни онкобольных за счет анальгетического эффекта, снижения интоксикации и стабилизации онкопроцесса.

Исследование корреляции показателей качества жизни и уровня поверхностного плазмонного резонанса при использовании низкоинтенсивного лазерного излучения у больных с глиомами головного мозга

Розуменко В.Д., Хорошун А.П.,* Гридина Н.Я.,* Ушенин Ю.В.***

**Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, тел./факс: 483-92-19, e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua
**Институт физики полупроводников им. В.Е. Лашкарева НАН Украины, тел. (+380) 44 5253123, e-mail: ushyury@mail.ru*

Цель работы. Оценка эффективности влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ), применяемого для лечения двигательных нарушений у больных с глиомами головного мозга (ГГМ) различной степени злокачественности в раннем послеоперационном периоде, на показатели качества жизни (КЖ) с помощью поверхностного плазмонного резонанса (ППР) периферической крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты с ГГМ различной степени злокачественности. Лазерное воздействие проводили с 4-го дня после операции с применением НИЛИ с длиной волны 870 нм, длительностью импульса 150 нс, при мощности в импульсе до 8 Вт. Облучали корпоральные точки. Рецепты точек составляли соответственно клиническим признакам двигательного дефицита. Курс лечения состоял из 7-12 сеансов длительностью 10-12 минут.

Показатели ППР определяли с помощью прибора «Plasmon SPR 05», разработанного и изготовленного сотрудниками Института физики полупроводников НАНУ. Исследование проводили в динамике: в дооперационном периоде, после хирургического удаления опухоли и после курса лазерного воздействия.

Результаты. У пациентов с ГГМ II, II—III ст. зл. исходный уровень показателей ППР был выше, чем у пациентов с ГГМ III, III—IV, IV ст. зл. В результате курса НИЛИ наблюдалось снижение показателей ППР крови у пациентов с ГГМ II и II—III ст. зл., и повышение их у пациентов с ГГМ III, III—IV, IV ст. зл. НИЛИ обладает модифицирующим действием на мембраны клеток крови. При использовании НИЛИ у пациентов с ГГМ наблюдался регресс двигательных нарушений в более ранние сроки. Результаты лечения оценивались по разработанной нами шкале (Патент Украины № 43758А, 2001 г.), которая в более полном объеме позволяет оценить качество жизни больных с опухолями головного мозга и шкале Карновского.

Выводы. После проведения курса НИЛИ количество больных с индексом 70 баллов и выше по шкале Карновского увеличилось на 37,2%, а со «средним и высоким» уровнем КЖ по шкале социально-психологической адаптации увеличилось на

39%. Использование НИЛИ у больных с ГГМ в раннем послеоперационном периоде способствует повышению КЖ. Данные ППР коррелируют с показателями КЖ, и могут быть использованы в качестве объективного критерия при оценке КЖ у больных с ГГМ.

Принципы построения методик восстановительного лечения у больных с глиомами головного мозга

Розуменко В. Д., Хорошун А. П.

Институт нейрохирургии им. акад.

А. П. Ромоданова АМН Украины.

04050, Украина, г. Киев, ул. Мануильского, 32.

Тел./факс: 483-92-19,

e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua.

Цель. Повышение качества жизни (КЖ) больных с глиомами головного мозга (ГГМ) с использованием послеоперационного восстановительного лечения (ВЛ).

Материалы и методы. Работа основана на материале 142 оперированных больных с глиомами супратенториальной локализации II, III, IV ст. зл.

Результаты и их обсуждение. Эффективность ВЛ возможна только в случае применения адекватных методов восстановительной терапии, включающих медикаментозные средства, физиотерапевтические методы, массаж, лечебную физкультуру, психологический подход, а также, правильного выбора необходимого раздражителя с учетом состояния больного, степени злокачественности опухоли, характера функциональных нарушений, сопутствующих заболеваний и т.д.

В связи с этим важное значение при построении методик ВЛ имеет использование принципов реабилитации: раннее начало применения методов ВЛ (физиотерапевтических, физических, медикаментозных); непрерывность и этапность процесса ВЛ; комплексного использования средств; предупреждения развития механизма спонтанного обучения; адекватности и динамической изменчивости, используемых средств. Также, необходим психологический подход, использующий принципы сознательности, активности, наглядности, доступности, индивидуального подхода к личности, ориентации на нормы и ценности больного, а не только на социально принятые правила и нормы.

Заключение. Как показали результаты проведенных нами исследований, после проведенных лечебных мероприятий, включающих хирургическое удаление опухоли, курс ВЛ, процент больных с дооперационным индексом по шкале Карнавского 60 баллов и ниже уменьшился с 52,7% до 15,5%; в то же время процент больных с дооперационным индексом по шкале Карнавского 70 баллов и выше увеличился с 43,3% до 84,5%. И если до операции преобладали больные тяжестью состояния которых по шкале социально-психологической адаптации соответствовала низкому уровню-51,3%, то в результате проведенных лечебных мероприятий, включающих хирургическое удаление опухоли и курс ВЛ, процент таких больных при выписке уменьшился до 12,3%; в то же время процент больных с высоким и средним уровнями возрос с 48,7% до 87,7%. Следование принципам реабилитации, при построении методик ВЛ для больных с ГГМ, является залогом успешного проведения восстановительных мероп-

ятий, обеспечивает возможность восстановления профессиональной деятельности, а следовательно способствует повышению КЖ.

Олігоастроцитома: чинники, що визначають якість життя хворого

Ключка В. М., Розуменко В. Д.

Институт нейрохирургии им. акад.

А. П. Ромоданова АМН Украины,

04050, м. Київ, вул. Мануїльського, 32.

Тел.: 80444839219, e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua

Вступ. Олігоастроцитоми (ОА) складають від 6 до 11% усіх гліом півкуль великого мозку. Своєрідність топографо-анатомічних та гістобіологічних особливостей ОА обмежує можливості їх хірургічного лікування і потребує аналітичного вивчення та оцінки факторів, що впливають на хірургічну тактику, оптимізують її вибір, знижують ризик операції і в решті-решт визначають якість життя хворих.

Метою роботи було вивчити патоморфологічні, клінічні та параклінічні особливості ОА, які впливають на якість життя пацієнтів з даною патологією.

Матеріали та методи. До нашої вибірки потрапило 120 хворих на супратенторіальну ОА, яку верифіковано гістологічним дослідженням. Всім проведено КТ і/чи МРТ. У 22 пацієнтів проводилася сцинтиграфія. Всі пацієнти пройшли оперативне лікування — тотальне або субтотальне видалення пухлини, критерієм радикальності служили результати КТ чи/і МРТ, проведені в перші 24 години після операції. 60% прооперованих пацієнтів пройшли курси променевої та хіміотерапії. Якість життя до і після операції оцінювалася за шкалою Карновського.

Результати та обговорення. Результати проведеного дослідження показали, що виживання та якість життя пацієнтів знаходилося в прямій залежності від клінічних проявів захворювання та отриманого лікування. Середній період безрецидивного виживання склав 2—3 роки. Середній період загального виживання — 5—6 років. У чоловіків ці періоди були довшими, ніж у жінок — відповідно 3—4 та 6—8 років для чоловіків і 1—2 та 4—5 років для жінок. А ось вік хворих на виживання суттєво не впливав. Наявність судомних нападів була сприятливим прогностичним фактором — термін загального виживання при наявності судомного типу перебігу захворювання склав 6—7 років, а при гіпертензійному та судинному — 4—5 років. Простежувалася залежність між даними КТ/МРТ та кінцевим результатом захворювання — виживання було довшим у пацієнтів, в яких накопичення контрасту було незначним — 7—8 років проти 4—5 при доброму контрастуванні. Відсутність ділянок некрозу, мітозу та судинної проліферації в патоморфологічних препаратах теж сприятливо корелювала з прогнозом захворювання. Кількість хворих з доопераційним індексом Карновського 60 балів і нище зменшилась з 35% до 4%, а з індексом Карновського 70 балів і більше зросла з 65% до 96%.

Висновки. ОА мають цілий ряд патоморфологічних ознак, клінічних проявів, даних нейровізуалізуючих методів обстеження, які в значній мірі визначають перебіг захворювання, тривалість загального виживання хворих з ОА, тактику лікування та якість їх життя в цілому.

Застосування сучасних технологій з метою покращення якості життя у хворих з гліальними пухлинами лобово-скроневої локалізації

Тяглий С.В., Савченко Є.І.,
Розуменко В.Д., Комаров Б.Г.,
Полковников А.Ю.

Гліальним пухлинам головного мозку притаманний інфільтративний ріст з розповсюдженням пухлинних клітин по периваскулярних просторах, провідникових шляхах мозку, базальних мембранах м'яких мозкових оболонок і їх судин. До 60% гліом мозку вражають функціонально важливі ділянки мозку і розповсюджуються в серединні утворення.

Хірургічне лікування гліом лобово-скроневої локалізації вимагає спеціальних підходів з використанням функціонально обґрунтованих хірургічних доступів, що враховують анатомічні особливості лобово-скроневої ділянки і топографію росту пухлини, а їх видалення повинно ґрунтуватися на застосуванні сучасних мініінвазивних хірургічних технологій (мікрохірургічних, лазерних, ультразвукових, кріогенних).

Застосування на етапі мікрохірургічного видалення пухлини лазерних технологій дозволяло проводити вапоризацію і коагуляцію пухлинної тканини безконтактним способом, що виключало механічну травматизацію суміжних мозкових структур, забезпечувало можливість максимального видалення ділянок пухлини, що розповсюджуються в зону медіанних утворень мозку (Патент України №43757 А). Кріогенні технології раціонально використовувати для деструкції не видалених фрагментів гліальної пухлини, що розташовані субкортикально в білій мозковій речовині лобової і скроневої часток мозку. Застосування методів ультразвукової аспірації оптимізує процес видалення гліоми в зоні проходження артеріальних судин і венозних колекторів, що дозволяє зберегти їх прохідність і знижує ризик виникнення порушення мозкового кровообігу в мозкових структурах як в зоні оперативного втручання, так і на віддаленні.

Ефективність розроблених методів хірургічних втручань, результати лікування визначали на підставі оцінки якості життя хворих за шкалою Карнавського і відповідно до запропонованого нами способу оцінки якості життя хворих з внутрішньомозковими пухлинами півкуль великого мозку (Патент Україна 43758 А). Порівняльний аналіз якості життя хворих з гліомами лобово-скроневої локалізації в динаміці проведення лікувальних заходів є достовірним показником результативності розроблених методів хірургічних втручань і підтверджує їх високу ефективність.

Качество жизни больных с метастазами опухолей в головной мозг после хирургического лечения

Сафаров Б.И., Олюшин В.Е.,
Улитин А.Ю.

Российский нейрохирургический институт
им. проф. А.Л. Поленова.
Санкт-Петербург; 191104, Маяковского 12,
8(812) 2729819, e-mail: safarobob@mail.ru

Материалы и методы. Нами проведен анализ 73 случаев метастатического поражения головного мозга, оперированных в РНХИ в период 1993–2002гг. и прослежен катамнез на протяжении 5 ти и более лет

Мужчины составили 47%, женщины — 53%. Средний возраст больных был 48,6+2,1 года ($P < 0,05$). На момент поступления средняя оценка по шкале Karnofsky составила 46 баллов. Первичными очагами являлись: рак легких — в 29.2%, меланома кожи — в 18.3%, рак молочной железы — в 12.6%, рак почки — в 11.6%, опухоли желудочно-кишечного тракта — в 7.8%, в 3.9% — опухоли другой локализации, неизвестно — в 7,6%. У 18 человек (25%) диагностировано два метастатических очага, у 4(5%) — более 2-х. У 51 больных (70%) опухолевые узлы располагались супратенториально.

В 22(30%) наблюдениях метастазы являлись синхронными, в 51(70%) — метакронными.

Во всех 73 наблюдениях выполнено хирургическое лечение. В случаях с множественными метастазами у 17 больных выполнена 2-х и более этапная резекция опухолевых узлов. Послеоперационная летальность составила 2,9%. Причиной смерти были осложнения связанные с прогрессированием первичного очага.

Результаты. Средняя продолжительность жизни после операции составила 11,8 мес. Рубежа однолетней выживаемости достигли 48,5% больных, пятилетней выживаемости — 10,8%.

Наибольшая пятилетняя выживаемость отмечена у больных с метастазами опухолей легких — 16,6%, наименьшая — у больных с метастатической меланомой — 0.

При синхронных и первично-множественных метастазах пятилетней выживаемости не достиг ни один больной, один год прожили, соответственно, 8,6% и 8,3% пациентов.

Лишь 10,4% умерших больных погибли в результате роста интракраниальных узлов (все больные — с множественными метастазами), у остальной части больных причиной смерти явились прогрессирование основного опухолевого узла и (или) метастазы в другие органы.

Качество жизни при выписке составляет, в среднем, 76 баллов (по шкале Karnofsky)

В послеоперационном периоде 33(46%) пациента смогли вернуться к выполняемой трудовой деятельности и сохранили ее в среднем в течении 24.8 мес.

Якість життя хворих з метастатичними пухлинами головного мозку в післяопераційному періоді

Сірко А. Г.

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня
ім. І.І. Мечникова, Дніпропетровськ,
пл. Жовтнева 14., 49005, 8-0562-7135113,
neurosirko@ua.fm

Мета. Провести аналіз якості життя хворих з метастатичними пухлинами головного мозку (МППГМ) в післяопераційному періоді залежно від радикальності оперативних втручань.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 164 хворих на МППГМ, що знаходились на лікуванні у Дніпропетровській обласній клінічній лікарні. Для об'єктивізації тяжкості стану хворих ми використовували модифіковану в Київському інституті нейрохірургії шкалу Карновського. Серед обстежених нами хворих величини індексу Карновського (ІК) тільки у 6,1% випадків становили 50 балів, у 29,9% дорівнювали 60 балам, у 50% — 70 балам, у 14% — 80 балам. У 59 хворих МППГМ були виявлені в різні терміни з часу діагностики первинної пухлини (метакронні метастази), а в 45 — одночасно з первинною пухлиною (синхронні метастази). Найчастіше первинна пухлина була розташована в легенях (у 33,7% хворих). Метастази раку грудної залози були діагностовані у 19,2% хворих, меланоми шкіри — у 18,3%, раку товстої кишки — у 9,6%. Метастатичне ураження головного без верифікованого первинного джерела діагностовано у 60 хворих.

У 152 хворих діагностовані поодинокі, а у 12 — численні метастази. Найчастіше поодинокі метастази були розташовані у великих півкулях (73,7%), і тільки у 26,3% — в мозочку і стовбурі мозку. Серед хворих з поодинокими метастазами найчастіше (у 87,5%) виконувалось візуально повне видалення пухлини, у 9,9% — субтотальне і тільки у 2,7% — часткове. Численні метастази одночасно видалені у 9 хворих, причому у 4 з них це вдалося виконати з одного трепанційного вікна. Хворій з метастазами, розташованими супра — та субтенторіально, а також 4 хворим із двосторонніми метастазами виконано по дві трепанції під час однієї операції. У два етапи метастази видалені одному хворому, а двом іншим хворим видалили тільки один метастатичний вузол, що зумовлював клінічну картину на момент операції.

Результати та їх обговорення. Після видалення МППГМ у післяопераційному періоді померло 8 хворих із поодинокими та один хворий з численними метастазами. Найчастіше причиною летальності були: крововилив у залишки пухлини (у 3 хворих), набряк і дислокація стовбурових відділів мозку внаслідок операційної травми (у 2 хворих), реакція мозку на резидуальні ділянки пухлини — в одному випадку. У хворого з численними метастазами причиною смерті було наростання набряку мозку з дислока-

ційним синдромом, зумовленого 3 метастатичними вузлами, що залишилися невиданими.

Середній індекс Карновського до операції у хворих з поодинокими метастазами дорівнював $67,6 \pm 0,6$, а після операції $75,9 \pm 0,6$ ($p < 0,001$). Необхідно відзначити, що поліпшення якості життя в ранньому післяопераційному періоді було найбільш виражене при тотальному видаленні поодиноких метастазів, де ІК зростає більше порівняно з субтотальним і частковим видаленням, після яких якість життя також підвищувалась, але різниця між ІК до операції і після операції була не вірогідною ($p = 0,3$).

Середній ІК до операції у хворих з численними метастазами дорівнював $64,5 \pm 2,5$, а після операції — $75,4 \pm 1,6$ ($p = 0,008$). Необхідно відзначити, що видалення всіх метастатичних вузлів під час однієї операції призводило до покращення якості життя хворих вже в ранньому післяопераційному періоді.

Висновки. Підвищення радикальності хірургічного втручання при поодиноких і численних метастазах не тільки зменшує його ризик, але і покращує якість життя хворих в ранньому післяопераційному періоді.

Оценка качества жизни пациентов после радиохирургического лечения опухолей мосто-мозжечкового угла головного мозга

Sramka M., Trompak O.,
Kralik G., Viola A.

Клиника стереотаксической радиохирургии
Онкологического института и Университета
здравоохранения и социальной работы
Святой Елизаветы, Братислава, Словакия,
811 51 Bratislava, Heydukova 10, Slovakia,
tel.: 00421 904 700 610,
e-mail: msramka@ousa.sk

Целью работы является оценка качества жизни больных после радиохирургического вмешательства в области мосто-мозжечкового угла (ММУ).

Анатомические взаимоотношения в ММУ между стволом головного мозга и V, VII, VIII, IX, X, XI, XII ЧМН определяют специфические условия во время лечения опухолей в этой области (Samii M., Matthies C., 1997).

Осложнения, а также инвалидизация пациентов (Pollock B., Lunsford L.D. 1998) стимулировали нас к применению в лечении этих больных методов стереотаксической радиохирургии, которые обеспечивают контроль опухолевого роста и сохраняют функции мозговых структур (Flickinge J.C., Lunsford L.D. 2004).

Несмотря на использование во время хирургических вмешательств микрохирургической техники, интраоперационной электромиографии, мониторинга вызванных слуховых потенциалов, в большом проценте случаев имело место повреждение лицевого и вестибуло-кохлеарного нервов (Mendenhall W.M., Friedman W.A., 2004).

У больных с рецидивуючими менингеомами имеют место интраоперационные ишемические и геморрагические осложнения, травмирование черепно-мозговых нервов, высокая интра- и послеоперационная летальность (Engehard R., Kirming B.N., 1990).

Из 200 пациентов с опухолями ММУ невриномами VIII пары черепно-мозговых нервов имели место у 100 случаях, невриномами лицевого нерва — у 3, менигеомы — у 66, хемодектомы — у 15, другие опухоли диагностированы у 14 больных. После хирургического лечения опухолей ММУ качество жизни больных оценивается редко (Kodziolka D., Lansgdorf L.D., 2003). Мы изучали качество жизни пациентов до и после операции с облучением опухолей и критических структур мозга. Наша шкала оценки состояния пациента включает изучение функции черепно-мозговых нервов, определение профессиональных способностей, возможности осуществления общественной деятельности, культурной и спортивной жизни больного. Контрольное обследование пациентов проводилось через 6 месяцев и в каждый последующий год в течение 10 лет.

Качество жизни пациентов с парасагиттальными менигиомами, оперированных с использованием новых лазерных технологий

Ступак В.В., Чернов С.В.

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий», Новосибирск, 630091, ул. Фрунзе 17, тел. 8 (383) 224-47-31, E-mail: SChernov@niito.ru

Цель исследования: оценить качество жизни у пациентов, оперированных по поводу парасагиттальных менигиом с помощью разработанных оригинальных лазерных технологий.

Материалы и методы: Nd-YAG лазер используется в клинике нейрохирургии Новосибирского НИИТО с 1995 г. Данный вид лазерного излучения проникает в ткани менигиомы до 0,5 см и оказывает выраженное коагулирующее воздействие. Нами прооперировано 156 пациентов с парасагиттальными менигиомами. Они были разделены на 2 группы: исследования (с применением лазерных технологий) — 90 больных и группа сравнения (оперированных традиционными методами) — 66 человек. Nd-YAG-лазер использовался при коагуляции и абляции паренхимы опухоли, обработке матрикса, верхнего сагиттального синуса и костного лоскута при его вовлечении в опухолевый процесс.

Результаты и обсуждения: Оценка качества жизни проводилась по шкале Карновского (Karnofsky D.A., Borchenal J.H., 1949). Балльное выражение качества жизни в обеих группах при поступлении оценивалось в среднем в 61 балл и статистически не различалось. После операции наблюдалось снижение этих показателей, более выраженное у пациентов, оперированных традиционными методами — до 54,84 баллов по сравнению с исследуемой

группой — 59,88 баллов. Суммарный показатель перед выпиской у больных, оперированных с использованием лазера, был статистически выше и составил в среднем 71,29 баллов, по сравнению с контрольной группой — 62,42 балла. Изучение результатов оперативного лечения в сроки до 3-х лет показало дальнейший регресс неврологического дефицита, отсутствие эпилептиформных и увеличение индекса до 77,4 баллов в исследуемой группе и до 66,72 баллов в группе сравнения.

Выводы: использование Nd-YAG лазера с длиной волны 1,06 мкм, мощностью 45—60 Вт является эффективным методом удаления менигиом головного мозга сложной локализации, способствует быстрому и более полному восстановлению в послеоперационном периоде и приводит к улучшению качества жизни.

Качество жизни у больных с менигиомами основания черепа, оперированных с использованием ND-Yag-лазера

Ступак В.В., Калиновский А.В.

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий», Новосибирск, 630091, ул. Фрунзе 17, т. 8 (383) 224-47-31, E-mail: AKalinovsky@niito.ru

Цель. Оценка качества жизни пациентов с менигиомами основания черепа в дооперационном и послеоперационном периоде, пролеченных с использованием лазерных технологий.

Материалы и методы. Было прооперировано 176 человек с менигиомами основания черепа. В 136 случаях на этапе удаления опухоли и обработки источника роста применялся Nd-Yag-лазер с длиной волны 1,06 мкм, мощностью 60 Вт. В контрольной группе (40 человек) удаление выполнялось традиционными методами.

Результаты. Проводилась оценка общего состояния пациентов (использовалась модифицированная шкала Карновского (Karnofsky Performance Index) (Karnofsky D.A., Borchenal J.H., 1949; O'Dell M.W., Lubeck D.P., 1995)) до операции, на момент выписки больного из стационара (12—15 суток после операции), и в отдаленном послеоперационном периоде (в сроки от 1 до 15 лет). В дооперационном периоде средний балл в экспериментальной группе составил 78 баллов, в контрольной группе — 76 баллов. При выписке средний балл в экспериментальной группе составил 67 балла, в контрольной группе — 61 балл. В отдаленном послеоперационном периоде средний балл качества жизни в контрольной группе составил 65 баллов, в экспериментальной 73 балла.

Качество жизни снижалось в основном за счет усугубления исходной очаговой неврологической симптоматики и присоединения дополнительного неврологического дефицита, который регрессировал в позднем послеоперационном периоде (оценка проводилась в сроки до 3-х лет после операции).

В группе больных, оперированных с использованием ND-Yag-лазера, уровень качества жизни достоверно был выше, чем в контрольной, что свидетельствует об эффективности использования лазерных технологий на этапах удаления менингиома основания черепа и улучшает прогноз лечения.

Динамика функционального состояния зрительного анализатора у больных с повреждением базальных отделов мозга в послеоперационном периоде

*Задоянний Л. В., Жданова В. Н.,
Егорова Е. С., Братусь Н. Н.*

*Институт нейрохирургии им. акад.
А. П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 483-81-83, E-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Цель. Изучить состояние зрительного анализатора у больных с опухолями базальной локализации в послеоперационном периоде. Определить важнейшие показатели, способствующие улучшению качества жизни этой категории больных по состоянию функций зрения (остроты зрения и поля зрения).

Материалы и методы. Нами обследовано 64 больных с опухолями базальной локализации. Из них 19 — с краниофаренгеомами, 17 — с менингиомами бугорка турецкого седла, 28 — с аденомами гипофиза. У всех больных были нарушены функции зрения. Острота зрения колебалась в пределах 0,7—0,02. Поле зрения изменялось по хиазмальному типу: полные битемпоральные гемианопсии у 25 (39%) больных, сужены на 20—50° и скотомы — у 34 (53%) больных. У 5 (8%) больных слепота на одном глазу и низкое зрение (0,02—0,05) на другом глазу.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде проводилось комплексное консервативное восстановительное лечение с применением медикаментозной терапии и физиотерапевтических методов.

Полное восстановление зрения отмечено у 28 (44%) больных (до операции острота зрения составляла 0,2—0,7, сужение полей зрения на 20—40°. Частичное восстановление зрения до 0,3—0,8 и уменьшение битемпоральных дефектов на 10—20° — у 31 (48%) больного. У 5 (8%) больных зрение не восстановилось.

Выводы. Таким образом, восстановление функций зрения и дальнейшее качество жизни больных зависит от исходных показателей, наблюдаемых до операции. Они находятся в прямой зависимости от ранней диагностики изменений функций зрения и своевременности нейрохирургического вмешательства, а также последующего восстановительного лечения. Положительная динамика достигнута у 92% оперированных больных.

Нейроофтальмологические показатели и их динамика у больных с внутричерепной гипертензией

в послеоперационном периоде

*Задоянний Л. В., Егорова Е. С.,
Братусь Н. Н.*

*Институт нейрохирургии им. акад.
А. П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 483-8183, E-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Цель. Определить критерии качества жизни у больных с гипертензионно-гидроцефальным синдромом по состоянию функции зрения (остроты зрения и поля зрения).

Материалы и методы. Нами проведена оценка состояния функций зрения у 45 больных в пред- и послеоперационном периоде. Опухоли задней черепной ямы были у 18 пациентов (I группа), супратенториальные опухоли — у 27 (II группа). У всех больных на глазном дне выявлены застойные диски зрительных нервов различной степени выраженности.

Результаты и их обсуждение. В предоперационном периоде у 9 больных из 18 (50%) с гидроцефальным синдромом (I группа) и у 10 больных из 27 (37%) с опухолями больших полушарий (II группа) отмечены нарушения функций зрения.

У 19 больных обеих групп (42,2%) имело место снижение остроты зрения в интервале 0,07-0,9, неравномерное сужение полей зрения (20е-45е) и гомонимная гемианопсия.

После операции полное восстановление функций зрения у больных I группы наступило у 14 больных (77,7%). Не наступило улучшения у 4 больных с осложнённым течением застоя (22,3%).

У больных II группы зрение восстановилось у 15 человек (55,5%), частичное улучшение остроты и поля зрения 5 больных (27,7%), не улучшилось у 7 больных (18,8%), у этих больных наблюдались осложнённые застойные диски с гомонимными дефектами полей зрения и вторичной атрофией.

Выводы. Больные с нейрохирургической патологией должны активно обследоваться нейроофтальмологом на ранних этапах развития болезни. Ранняя диагностика и своевременное оперативное, а также раннее восстановительное лечение единственное условие сохранения и улучшения качества жизни нейрохирургических больных.

Клинические особенности и молекулярно-биологические маркеры разных типов менингиом головного мозга

Зозуля Ю.А., Шамаев М.И.,
Кваша М.С., Малышева Т.А.

Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
тел.: 8(044) 4839695,
e-mail: zozulia@neuro.kiev.ua

Вступление. Менингиомы головного мозга (МГМ) — это преимущественно, доброкачественные, гормонозависимые внеозговые опухоли, происходящие из клеток менинготелия, который выстилает поверхности твердой и паутинной оболочек мозга, а также участки сосудистых сплетений желудочков. Они составляют 20—22% внутричерепных опухолей. Встречаются преимущественно у женщин репродуктивного и преклимактерического возраста, часто сопровождаются другими гормонозависимыми опухолями (миомой матки и опухолями молочных желез). Увеличивается темп роста МГМ у беременных и больных с повышенным гормональным фоном. Заболеваемость МГМ составляет в среднем 3 случая на 100000 населения в год, и увеличивается с возрастом.

До настоящего времени некоторые стороны патогенеза МГМ остаются невыясненными и являются предметом исследования. Изучение процессов запрограммированной гибели клеток (апоптоза) и нарушений его регуляции, соотношения процессов апоптоза и пролиферации открывает новое направление в изучении и лечении этого заболевания.

Целью исследования было выявление роли апоптоза и пролиферации в патогенезе типических (непролиферирующих), атипических и анапластических (пролиферирующих) МГМ.

Материал и методы исследования. Гистологические срезы готовили из парафиновых блоков по обычной методике, толщиной 4 мкм, затем фиксировали на стекла, предварительно покрытые адгезивом (APES-ацетон).

Для иммуногистохимического исследования (ИГХ) отобраны 60 удаленных МГМ у 60 больных,

в том числе у 28 пациентов с типическими МГМ (1-я группа), у 20 с атипическими (2-я группа), у 12 с анапластическими МГМ (3-я группа) и 10 больных (контрольная группа), была исследована твердая мозговая оболочка.

Изучали экспрессию генов bcl-2 и bax (результаты ИГХ оценивали в баллах полуколичественным методом по интенсивности окраски), Ki-67 (оценку осуществляли путем подсчета % окрашенных ядер на 300 клеток.

Белок bcl-2 является интегральным мембранным белком и играет центральную роль в ингибировании апоптоза. Сверхсинтез bax ускоряет апоптозную гибель. Маркером пролиферации клеточных элементов является экспрессия гена Ki-67.

Результаты исследования и обсуждение. Среди обследованных больных у 28(46,7%) диагностирована типическая МГМ, у 32(53,3%) — атипическая и анапластическая. Морфологическое исследование МГМ показало, что наблюдались два варианта МГМ, а именно: без очагов пролиферации (непролиферирующая) — МГМ типическая и МГМ с очагами пролиферации — атипическая и анапластическая (пролиферирующая) МГМ.

При изучении молекулярно-биологических показателей процессов апоптоза и пролиферации в клетках непролиферирующих и пролиферирующих МГМ получили следующие результаты.

Экспрессия bcl-2, основного ингибитора апоптоза, в типических МГМ составила 1,3+0,1 балла, в пролиферирующих МГМ показатель bcl-2 оказалась выше, так в — атипических МГМ она составила 1,9+0,2 балла и анапластических — 3,8+0,2 балла, что свидетельствует о снижении апоптоза и выживании опухолевого клона в пролиферирующих МГМ.

Экспрессия проапоптозного гена bax в типических МГМ составила 2,5+0,1 балла, в атипических 1,4+0,2 балла и анапластических МГМ 1,0+0,2 балла, что также отражает низкий уровень апоптоза, особенно в пролиферирующей МГМ.

С целью объективной оценки апоптоза нами использован новый показатель, представляющий собой отношение коэффициентов экспрессии bcl-2 к bax. Высокий коэффициент отношения количества bcl-2 к bax (bcl-2/bax) указывает на низкий апоптоз. Данный показатель в типических МГМ

Тип опухоли	Клинические особенности					Показатели онкомаркеров, %			
	ЧБ	СВ, годы	ЧТОУ	ЧПР (за 7 лет)	СБВ, мес	Bcl-2 (балл)	Bax (балл)	Bcl-2/Bax	Ki-67, %
Типическая	28	48,2	24(86)	3(11,3)	72	1,3+0,1	2,5+0,1	0,52	2,1+0,6
Атипическая	20	51,7	16(82)	5(27,2)	41	1,9+0,2	1,4+0,2	1,36	8,4+3,5
Анапластическая	12	58,4	9(75)	9(71,8)	14	3,8+0,2	1,0+0,2	3,80	21,7+5,7

Примечание. ЧБ — число больных, СВ — средний возраст, ЧТОУ — число тотально удаленных опухолей, ЧПР — частота послеоперационных рецидивов, СБВ — средняя безрецидивная выживаемость, Bcl-2/Bax — коэффициент отношения bcl-2 к bax.

составил 0,52, в атипических 1,36 и анапластических МГМ — 3,80.

Экспрессия Ki-67 (наиболее чувствительного индекса клеточной пролиферации) в типических МГМ составила $2,1 \pm 0,6\%$, в атипических МГМ $8,4 \pm 3,5\%$ и резкое повышение наблюдалось в анапластических МГМ — $21,7 \pm 5,7\%$, что доказывает высокий пролиферативный потенциал быстрорастущих (пролиферирующих) МГМ, несмотря на низкую их митотическую активность (табл.).

Клинические особенности и показатели молекулярно-биологических маркеров в различных типах менингиом головного мозга

Выводы. Таким образом, повышенная экспрессия ингибитора апоптоза и пониженная экспрессия проапоптозного фактора отражают снижение процесса генетически запрограммированной гибели клеток в МГМ, особенно в пролиферирующих (атипической и анапластической) МГМ по сравнению с таковыми в типических (непролиферирующих) МГМ и контрольной ТМО. Одновременно в пролиферирующих МГМ резко повышена экспрессия генов пролиферации клеток. Прогрессия МГМ определяется не только пролиферативной активностью опухолевых клеток, но и процессами гибели опухолевых клеток, путем терминальной дифференцировки, апоптоза и некроза. Для прогнозирования опухолевого процесса необходим комплексный подход, основанный на сравнительной оценке уровней пролиферации и различных вариантов клеточной гибели.

Качество жизни больных, оперированных по поводу невринома слухового нерва

Чудакова И.В.

*Нижегородская государственная
медицинская академия*

*Нижний Новгород, 603005, пл.Минина, 10/1,
(8312) 438-95-67; e-mail: vrg@yandex.ru*

Целью работы явилось исследование качества жизни больных, прооперированных по поводу невринома слухового нерва (НСН).

Материалы и методы. Наблюдалось 30 пациентов с односторонними НСН. Изучение показателей качества жизни проводилось с применением русскоязычного адаптированного варианта опросника Functional Assessment of Cancer Therapy for patients with brain tumor (лицензия Center on Outcomes, Research and Education, Evanston, Illinois, USA) до и через 3 месяца после оперативного удаления опухоли. Анализировались показатели физического благополучия, благополучия в социальных и семейных взаимоотношениях, эмоционального благополучия, благополучия в повседневной жизни, а также комплексные показатели качества жизни.

Результаты. Показатели шкал благополучия в социальных/семейных взаимоотношениях и эмоционального благополучия у больных НСН как перед оперативным лечением, так и через 3 месяца после него оказались статистически значимо более низкими, чем приводимые разработчиками шкалы показатели здоровых лиц ($p < 0,05$). Несмотря на тотальное удаление опухоли у подавляющего числа (88%) больных, средние показатели качества жизни пациентов после оперативного лечения не повысились. Полученные результаты можно объяснить тем, что НСН чаще всего диагностируются лишь спустя несколько лет после возникновения опухоли, развитие которой сопровождается снижением слуха и развитием косметического дефекта из-за недостаточности функции лицевого нерва, а также нередко и нарушениями фонации, жевания, глотания. Большинство из указанных расстройств в той или иной мере сохраняется и после оперативного удаления опухоли, что препятствует восстановлению психологического и социального благополучия пациентов.

Выводы. Для больных НСН характерно снижение благополучия в социальной и психологической сферах жизнедеятельности, в большинстве случаев сохраняющееся и после оперативного удаления опухоли. Улучшению качества жизни больных может способствовать ранняя диагностика НСН, а также психологическая помощь в психологической адаптации пациентов к возникшему у них стойкому неврологическому дефициту.

Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу спінальної патології

Качество жизни больных с метастатическими опухолями позвоночника после перкутанной вертебропластики.

Абдуллаев Д. Д., Юлдашев Р. М.

Республиканский научный центр нейрохирургии, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcc.com.uz.

Последнее десятилетие в медицинской литературе появился новый термин — «качество жизни» как интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека, определяющего результаты лечения. Введению понятия «качество жизни» исторически способствовало определение здоровья, принятое ВОЗ в 1948 году, и оценка статуса больного человека по шкале Карновского (1949 г.).

Цель: улучшить качество жизни больных с метастатическими поражениями позвоночника за счет ликвидации болевого синдрома.

Материалы методы: в РНЦНХ за период 2005–2006 оперирован 7 больных с метастатическим поражением позвоночника. возраст больных колебался от 31 до 69 лет. Мужчин составила 4, а женщин в 3 случаях. Локализация: от Th6 до L5, причем в 2 случаях произведена ПВП тел 2, в 5 — 1 позвонков. У всех больных отмечался сильный болевой синдром, который оценивался по шкале вербальных оценок болевого синдрома 4 балла. До и после операции качества жизни оценивалась по шкале Карновского, Алгоритм предоперационного обследования включал спондилографию, МРТ, КТ, общеклинические анализы и при невыявленном первичного очага проведение биопсию опухоли.

Результаты и обсуждение: качества жизни больных до и после операции оценивался по шкале Карновского. Оценка лечения проводилась по 5 балльной вербальной оценке болевого синдрома, а также по данным спондилограмм, КТ, МРТ непосредственно после операции, через 1, 3, 6 месяцев.

Во всех случаях после проведения ПВП болевой синдром уменьшился во время процедуры на операционном столе. Осложнение не наблюдался. За счет уменьшению и исчезновению болевого синдрома больные начали свободно передвигаться без особых трудностей и болей.

Выводы: ПВП является перспективной малоинвазивной методикой позволяющей улучшить качества жизни за счет быстрого и эффективного устранения болевого синдрома и укрепит позвоночник, а исчезновение мучительных болей является лучшей психотерапией, увеличивающей веру в излечение.

Опыт лечения вертеброгенных радикулопатий поясничного отдела у больных пожилого и старческого возраста.

Алексеев С. П., Федорук А. Л.

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

Количество больных пожилого и старческого возраста в Украине неуклонно возрастает в том числе и с радикулярными нейрокомпрессионными синдромами.

За период 2002—2006 г. г. мы прооперировали 9 больных (7 женщин и 2 мужчин) в возрасте от 70 до 75 лет по поводу вертеброгенных радикулопатий со стойким выраженным болевым синдромом. Из них 3 больных с фораминальными грыжами L3—L4, L4—L5, у 6 — парамедианные и задне-боковые грыжи L4—L5, L5—S1. Оперативное лечение было предпринято в связи с неэффективностью медикаментозной терапии и блокад. Учитывались данные МРТ, спиральной КТ, рентгенографии и миелографии.

В ряде случаев (все больные с фораминальными грыжами) до операции боль купировалась опиоидами. Из-за сильной боли и парезов 5 больных до оперативного вмешательства самостоятельно не передвигались.

Оперировали по методике микродискэктомии, при необходимости с полной или частичной медиальной фасетэктомией. В 5 наблюдениях обезболивание проводилось методом спинальной анестезии (маркаин 0,5% — 3,0), что у людей пожилого и старческого возраста имеет особое значение, так как снижает агрессию анестезиологического пособия.

В изучаемых наблюдениях отсутствовали грубые явления спондилеза, но сравнительно чаще, у 6 из 9, встречалась продуктивная артропатия дугоотростчатых суставов.

Позитивные результаты отмечены у всех больных, осложнений послеоперационного периода не было. В течении месяца после операции все больные постепенно отказались от анальгетиков, стали более мобильными. Мышечная сила оценивалась по 6-ти балльной шкале ASIA и нарастала с 2—3 до 4—5 баллов.

Таким образом при тщательном отборе больных, высоким уровне инструментальной диагностики, применении спинальной анестезии пожилой и старческий возраст не является противопоказанием для оперативного лечения вертеброгенных радикулопатий с выраженным болевым синдромом.

Значительное улучшение состояния после операции у данной категории больных существенно облегчает уход за ними, нормализует моральный климат в семье, уменьшает расходы на медикаменты. Таким образом качество жизни в микросоциуме больного заметно возрастает.

Оценка качества жизни у пациентов со спондилолистезом до и после операции

Бабаханов Ф.Х., Джуманов К.Н.,
Юлдашев Р.М.

Республиканский Научный Центр
нейрохирургии, Ташкент, 70000,
ул. Кабулкова 5, +99871 134 9400,
org@neuro.uz

Спондилолистез является одной из актуальных проблем современной спинальной хирургии. В связи с тем, что этой патологией страдает в основном трудоспособное население, она приобретает и особо социальный характер. Как известно, при спондилолистезе происходит смещение вышележащего позвонка, приводящее к компрессии нервно-сосудистых образований спинного мозга, ведущее к инвалидизации пациентов.

Материалы и методы. В центре нейрохирургии с 1999 по 2006 годы прооперировано 89 пациентов с различными формами спондилолистеза, в возрасте от 12 до 68 лет. Из них мужчин — 37, женщин — 52. Мы исследовали качество жизни больных до и после операции, используя шкалу болевого аудита (ШБА, Черкашов А.М., 2002) и Европейский опросник качества жизни (шкала Euro-QUAL-5D, Walker S., 1993).

Результаты и их обсуждение. У всех больных, до операции, интенсивность болей по ШБА составила в среднем 58 баллов, качество жизни по шкале Euro-QUAL-5D — 10 баллов. Всем больным произведена декомпрессия сосудисто-нервных образований, с межтеловым спондилодезом и последующей транспедикулярной фиксацией. В ближайший послеоперационный период больные были активизированы на 2-3 сутки, болевой синдром значительно уменьшился. По шкале ШБА интенсивность болевого синдрома составила в среднем 11 баллов, качество жизни по шкале Euro-QUAL-5D — 8. Все больные находились на диспансерном учете, и через год вновь опрошены по ШБА и Euro-QUAL-5D. При этом количество баллов по ШБА составило — 6, по Euro-QUAL-5D — 5 баллов.

Выводы. Своевременное оперативное лечение больных с различными формами спондилолистеза значительно улучшает их состояние и качество жизни.

Возможности метода электростимуляции спинного мозга в реабилитации нейрохирургических больных

Благоразумова Г.П., Иванова Н.Е.,
Панунцев В.С.

ФГУ Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург,
191104, ул. Маяковского 12, 273-80-67,
e-mail fed@admiral.ru

Применение в последние годы метода электростимуляции спинного мозга (ЭССМ) является качественным новым этапом реабилитации спинальных больных.

Целесообразно изучение возможностей применения ЭССМ в ранние сроки послеоперационного периода.

Оценить реабилитационные возможности ЭССМ в послеоперационном периоде.

ЭССМ применялась у 76 нейрохирургических пациентов, в том числе у больных с позвоночно-спинальной травмой — 12, с дискогенной миелорадикулоишемией — 43, с АВМ спинного мозга — 3, с рубцово-спаечным арахноэпидуритом — 15, с доброкачественными опухолями спинного мозга — 3. Для проведения ЭССМ в эпи-субдуральное пространство пункционно имплантировали электроды. Курс состоял из 10—15 сеансов, длительностью 40—50 минут, средними параметрами: 0,2—0,5 Гц, 0,5—1 мсек, 3—20 В. Показанием к применению ЭССМ считали: отсутствие эффекта от лечения в течение 2—3 недель послеоперационного периода, наличие выраженных нарушений двигательных и тазовых функций, устранение компрессии спинного мозга.

Установлено, что лечебный эффект зависит от сроков заболевания: при длительности процесса 1 месяц — у всех пациентов отмечено улучшение неврологических функций, а у 78,6% полное восстановление; 3 месяца — восстановление в 51,6% наблюдений, а отсутствует эффект у 12,9%; более года — восстановление не наблюдали, отсутствовал эффект в 43,0%.

В ближайшие сроки восстановление имело место лишь у 13,2%, а отсутствовал эффект в 38,1% наблюдений, тогда как через 6 месяцев в той же группе зафиксировано полное восстановление в 40,8% случаев, а негативный результат остался всего 17,1%.

Следует отметить результативность применения ЭССМ в послеоперационном периоде у больных с доброкачественными спинальными опухолями (улучшение у 66,7%, в том числе восстановление в 33,3%), с позвоночно-спинальной травмой (соответственно 75,0% и 50,0%), при дискогенной миелорадикулоишемии (нет результата в 7,0%). Установлено, что ЭССМ при рубцово-спаечных арахноэпидуритах малоэффективна.

ЭССМ является эффективным методом ранней реабилитации нейрохирургических спинальных больных.

Применение ЭССМ в послеоперационном периоде «запускает» механизмы восстановления спинного мозга и тем самым значительно улучшает качество отдаленных результатов лечения нейрохирургических больных.

Декомпрессивно-стабилизирующие операции в лечении опухолей позвоночника с компрессией спинного мозга

Бублик Л.А.

НИИ травматологии и ортопедии
Донецкого государственного медицинского
университета им. М. Горького,
83048, г. Донецк, ул. Артема 106,
тел. 8-050-965-3999, e-mail lbublik@inbox.ru

Костные метастазы в позвоночник сопровождаются в 5% случаев развитием клиники компрессии спинного мозга. Цель исследования — разработка и совершенствование методов радикального хирургического удаления первичных и метастатических

опухолей позвоночника для улучшения качества жизни.

Материалы и методы. Произведен анализ 37 пациентов, оперированных в клинике института с опухолевым процессом позвоночника. Мужчин было 15 (40,5%), а женщин — 22 (59,5%) человек. Возраст пациентов колебался от 20 до 75 лет. У всех больных имел место вертеброгенный синдром и неврологический дефицит. Состояние пациентов оценивалось по классификации Birke.

Результаты и их обсуждение. Декомпрессия спинного мозга достигалась вскрытием позвоночного канала (ламинэктомия). У больных с доброкачественными опухолями позвоночника выполнялось тотальное удаление опухоли. Для замещения межтелового дефекта выполнялись костнопластические операции и внутренняя фиксация. Стабилизация позвоночника произведена следующими методами: транспедикулярная фиксация — 8 больных; передняя стабилизация пластиной — 3; межтеловая стабилизация костью или пористой керамикой — у 4 больных. Закрытие дефектов твердой мозговой оболочки осуществлялось применением Тахакомба. Транспедикулярная стабилизация различными системами: МОСТ, Stryker, Конмет.

Тактика лечения первично злокачественных опухолей во многом определялась технической возможностью их радикального удаления и состоянием больного. Декомпрессионная ламинэктомия без дополнительной фиксации проведена наиболее тяжелому контингенту больных и носила паллиативный характер. В результате положительной динамики в послеоперационном периоде состояние 24 (65%) больных можно было отнести к группам 0 и 1 по вышеперечисленной классификации, при этом группа 3 отмечалась у 6 (16%), группа 4 — 7 (19%) оставалась стабильной. После произведенных операций в срок до 3 месяцев летальных исходов отмечено не было.

Выводы. Таким образом, хирургического лечения опухолей позвоночника с компрессией спинного мозга зависит от гистологического вида новообразования, его распространенности, выраженности клинических проявлений заболевания, соматического состояния пациента и технической возможности выполнения радикальной операции на позвоночнике. Предложенная тактика лечения позволяет существенно улучшить качество жизни данной категории больных.

Перспективы улучшения качества жизни больных при хирургическом лечении позвоночно-спинномозговой травме

*Бублик Л. А., Гохфельд И. Г.,
Митюшин И. И.*

*НИИ травматологии и ортопедии
Донецкого государственного медицинского
университета им. М. Горького
83048, г. Донецк, ул. Артема 106.
Тел. 8-050-965-3999, E-mail: Lbublik@inbox.ru*

Целью работы явилось улучшение качества жизни путем усовершенствования технологии декомпрессионно-стабилизирующих операций при позвоночно-спинномозговой травме острым и раннем периодах.

Проведено обследование и хирургическое лечение 194 больных с повреждением шейного отдела позвоночника и спинного мозга и 134 больных с грудного и поясничного отделов. Средний возраст 32,6 лет. Производилась спондилография, магнитно-резонансная или компьютерная томография. Степень неврологических нарушений оценивали по ASIA. Типы структурных повреждений позвоночника — по Magerl. Для оценки эффективности лечения использовались динамика неврологического статуса, определение величины патологического кифоза и признаки формирования межтелового синостоза

В шейном отделе производилась передняя декомпрессия, спондилодез и стабилизация межтеловыми пластинами. Для переднего стабильно-функционального спондилодеза нами предложена конструкция имплантата, позволяющая восстановить объем движений в позвоночно-двигательном сегменте. В груднопоясничном отделе выполнялась декомпрессия и транспедикулярная стабилизация различными системами: МОСТ, Stryker, Конмет.

Осложнения транспедикулярной фиксации: неудачное проведение стержней, недостаточно точная оценка степени структурных повреждений позвоночника и ошибочный выбор объема и системы фиксации. Терапевтическая стратегия, направленная на ускорение восстановления функции при повреждении спинного мозга включала в себя: Соллю-Медрол, актовегин, цераксон и другие препараты.

Принцип оценки отдаленных результатов лечения был основан на использовании модифицированной шкалы McCormick с оценкой неврологического статуса и качества жизни больных.

Таким образом, технология декомпрессии и стабилизации позвоночника позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с нестабильностью и деформацией позвоночника, исключить возможность вторичного смещения, что способствует значительному ускорению восстановления функции и существенно улучшает качество жизни.

Эндоскопическая хирургия арахноидальных кист

Данчин А. А.

*Клиника нейрохирургии и неврологии
Главного военного клинического госпиталя.
ул. Госпитальная, 18, Киев, 01133, Украина.
Тел./факс.: + 38 (044) 522-83-79,
e-mail: bomartin@yandex.ru*

Введение. Целью хирургического лечения арахноидальных кист (АК) является создание широкого сообщения между кистой и субарахноидальным пространством.

Материалы и методы. В течение 2000-2006 гг. мы применяли эндоскопические методики у 20 пациентов с АК. Все больные были старше 18 лет, средний возраст составил 37 лет. В 2 наблюдениях АК располагались пара — и интравентрикулярно. В 2 наблюдениях — в задней черепной ямке. 9 АК — в средней черепной ямке и Сильвиевой щели. 7 АК имели конвекситальную локализацию. Мы использовали жесткие нейроэндоскопы для эндоскопической инспекции (ЭИ), эндоскопической контролирующей микрохирургии (ЭКМ) и «чистой» нейроэндоскопии.

В 2 наблюдениях была выполнена эндоскопическая кистовентрикулостомия. ЭИ применялась

у 9 больних. Ендоскопическая кистостернотомия выполнена 11 больным. При АК конвексимальной локализации выполнялась ЭКМ и кистоперитонеальное шунтирование.

Выполняя эндоскопическую кистостернотомию, мы отмечали различные особенности локализации средней мозговой артерии, особенности топографии зрительного нерва. III, IV, V, VI черепно-мозговых нервов и внутренней сонной артерии. Эти особенности являлись основными при выполнении данного оперативного вмешательства.

Результаты. У всех пациентов наблюдалось клиническое и рентгенологическое улучшение состояния. При контрольных МРТ сдавления головного мозга не выявлялось. Послеоперационных осложнений не было.

Выводы. Эндоскопическую кистостернотомию целесообразно выполнять при АК пара- и интравентрикулярной локализации. Эндоскопическая кистостернотомия эффективна при локализации АК в непосредственной близости от субарахноидальных цистерн головного мозга. Для конвексимальных АК выполнение кистоперитонеального шунтирования под ЭКМ является эффективной методикой.

Результати хірургічного лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою на рівні шийного відділу

Дяків В., Струк Ю.

Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги,
79008, м. Львів, вул. Миколайчука, 9,
тел. 0322597232, e-mail: volodfr@yahoo.fr

Травми хребта та спинного мозку на рівні шийного відділу супроводжуються високою інвалідизацією та значною летальністю серед пацієнтів. Метою дослідження був аналіз хірургічного лікування потерпілих із травмами на рівні шийного відділу хребта.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 20 пацієнтів із переломами, вивихами та переломо-вивихами хребців шийного відділу, що супроводжувалися пошкодженням спинного мозку (Frankel A-D). При порушеннях гемодинаміки, дихальній недостатності наявності важких поєднаних травм хворі госпіталізувалися в відділення реанімації. Для зменшення компресії спинного мозку хворим накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. В перші 8 годин після травми внутрішньовенно вводився сольомедрол за прийнятою схемою. При переломах та підвивихах хребців С1, С2 та нестабільності в атланта-окципітальному сегменті у 4-х хворих проведено окципіто-спонділодез з використанням титанових фіксаторів. При підвивихах на рівні С2—Th1 хребців при поступленні в стаціонар хворому накладався скелетний витяг за тім'яні пагорби. У 14 хворих проведено відкрите вправлення підвивиху з проведенням переднього міжтілового спонділодезу та фіксацією хребців титановими пластинами різних типів. Для міжтілового спонділодезу використовували аутокістку або титанові кейджі. В 2-х хворих з метою вправлення підвивиху використано комбінацію передне-бокового та заднього доступу. Хірургічне втручання при переломах та переломах із підвивихом С2—Th1 хребців проведено у 16 випадках. Всі хірургічні втручання проводилися з використанням

передне-бокового доступу. Після операції всім хворим проводилася кінезотерапія. Після стабілізації стану та можливості переносити вертикальне положення тіла хворі переводилися у відділення реабілітації. Середній час перебування хворих у нейрохірургічному стаціонарі склав 27 днів.

Результати та їх обговорення. У всіх хворих досягнуто усунення больового локального та радикального синдрому, зменшенні неврологічного дефіциту (при неповному ураженні спинного мозку). При повному ураженні спинного мозку регресу проявів мієлопатії не відбувалося. За час перебування хворого в нейрохірургічному стаціонарі не зафіксовано жодного випадку виникнення належкових ран. Летальність серед оперованих хворих склала 10%.

Висновки. Проведення ранніх хірургічних втручань при травмах шийного відділу хребта та впровадженням в практику методів сучасної кінезотерапії дозволяє швидко активізувати пацієнтів, уникнути вторинного пошкодження спинного мозку, зменшити больовий синдром, запобігти виникненню трофічних змін м'яких тканин, гнійно-септичних та тромбоемболічних ускладнень, що значно покращує якість життя потерпілих, зменшує їх інвалідизацію та скорочує матеріальні витрати на лікування цієї категорії хворих.

Возможности переднего мини-доступа в лечении дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника

Доценко В.В., Загородний Н.В.,
Вирани Я.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН,
г. Москва, 117198, ул. Миклухо Маклай 6.,
тел. 674-71-86, conmet@conmet.ru,
www.ortopedia.ru

Цель. Выбор оптимального способа хирургического лечения различных видов дегенеративной нестабильности в поясничном отделе.

Материалы и методы: оперированы 750 пациентов в возрасте от 11 до 78 лет в период с 1996 по 2006 гг. с различными видами дегенеративной патологии: динамической нестабильностью, задними срединными и рецидивными грыжами дисков, спондилолистезом.

Всем пациентам проведено обследование: клиническое, лабораторное, электромиография, обзорная или функциональная спондилография, МРТ и КТ.

Показаниями к операции являлись: боль в поясничном отделе, неврологические проявления — корешковый болевой синдром, двигательные и тазовые расстройства.

Методом выбора хирургического лечения был — переднебоковой внебрюшинный мини-доступ, передняя декомпрессия корешков спинного мозга с иссечением задней продольной связки, передняя стабилизация кольцевым титановым имплантатом или пластиной фирмы «КОНМЕТ». Вертикализация пациентов проводилась на следующие сутки после операции. Выписка из стационара на 5-е сутки.

Результаты и обсуждение. Оценка качества жизни больных проводилась по пятибалльной шкале оценки вертеброневрологической симптоматики,

шкале Карнофски и опроснику Роланда—Морриса. Хороший результат наблюдался у 87% пациентов; удовлетворительный — у 13%. В настоящее время существует большое количество хирургических методов лечения дегенеративной нестабильности в поясничном отделе (транспедикулярная и биодинамическая фиксация, межтеловые имплантаты, пластины), не отвечающих в полной мере решению этой проблемы.

Выводы. Передние малоинвазивные операции в лечении дегенеративной нестабильности поясничного отдела позвоночника имеют ряд преимуществ, таких как: малая травматичность, исчерпывающая декомпрессия, надежная фиксация и стабилизация, что позволяет осуществить раннюю активизацию и социальную адаптацию пациентов.

Хирургическое лечение спондилолистеза

Загородний Н.В., Доценко В.В.,
Вираны Я.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН,
г. Москва, 117198, ул. Миклухо Маклай 6.,
тел. 674-71-86, conmet@conmet.ru,
www.ortopedia.ru

Цель. Совершенствования методов хирургической коррекции спондилолистеза.

Материал и методы. Прооперировано 195 пациентов с различными стадиями и формами спондилолистеза. С целью создания алгоритма лечения сформулирована клиническая классификация спондилолистеза в основу, которой положены неврологические и ортопедические проявления заболевания, исходя из которых, строится лечебная тактика.

Особое место уделено III, IV стадиям спондилолистеза и спондилоптозу, где общепринятые методы — транспедикулярная фиксация, межтеловые имплантаты и др. — становятся неэффективными. На основе методики объемной лазерной спондилолитотомии создается стереолитографическая модель пораженного сегмента позвоночника с последующим изготовлением индивидуальной металлоконструкции (фирма «КОНМЕТ», Москва), что позволяет радикально решить хирургическую проблему стабилизации позвоночника и декомпрессии позвоночного канала.

Результаты: Результаты хирургического вмешательства прослежены в сроки от 1 года до 9 лет. Больные проходили осмотр через 3, 6, 12 месяцев и далее через каждый год. Оценивались следующие параметры: клинические проявления до и после операции, сравнительный анализ данных лучевых методов исследования. Оценка качества жизни больных проводилась по шкале Карнофски и опроснику Роланда—Морриса. Хорошие и удовлетворительные результаты составили 91%. Менее благоприятные исходы получены в группе повторно оперированных больных.

Выводы: Разработанная классификация и на ее основе способы хирургического лечения спондилолистезов позволяют в большинстве случаев радикально решить проблему.

Оценка качества жизни пациентов после поясничной микродискэктомии

Гончарук Е.А., Сон А.С.

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

Наиболее тяжелой клинической формой течения дегенеративного процесса опорно-двигательного сегмента позвоночного столба является грыжевая компрессия содержимого спинномозгового канала или спинномозговых корешков, что сопровождается некупируемым консервативными методами болевым синдромом, и формированием неврологического дефицита. Целью нашего исследования является оценка качества жизни пациентов после микродискэктомии, проводимой на уровнях L4—L5, L5—S1.

Наше исследование проведено на основе анализа результатов обследования и лечения больных, страдающих поясничным остеохондрозом с клиническими проявлениями и верифицированными инструментальными методами (КТ, МРТ) грыжами межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, которым проводилось микрохирургическое лечение. Проведено клиничко-неврологическое обследование 58 больных: 30 женщин (51,7%), 28 мужчин (48,3%); в возрасте от 26 до 54 лет. Степень выраженности болевого синдрома оценивалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (до оперативного вмешательства составила в среднем 91 балл, на третьи сутки после операции — 27 баллов). В дооперационном периоде оценивали уровень ситуационной и личностной тревожности с помощью «шкалы Ч. Спилбергера». На третьи сутки после оперативного вмешательства проводилась оценка качества жизни с помощью опросника SF-36, по восьми субшкалам.

До операции высокий уровень ситуативной тревожности выявлен у 6 пациентов (10,3%), умеренная тревожность — 38 (65,5%) человек, низкая тревожность — 14 (24,1%), а уровень личностной тревожности распределялся следующим образом: 4 (6,8%) — высокая, 20 (34,4%) — умеренная, 34 (58,6%) — низкая тревожность. В группе с низким и умеренным уровнем ситуативной и личностной тревожности в послеоперационном периоде вербальная и визуальная оценка боли была значительно ниже, чем в группе с высокой тревожностью 20% и 35% соответственно. При оценке качества жизни у 80% обследуемых отмечались низкие показатели (от 0 до 20) по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием и интенсивности боли. В группе пациентов с умеренной и низкой тревожностью средние показатели по шкалам общее здоровье — 32 балла, жизненная активность — 25 баллов, социальное функционирование — 85,7 балла, ролевое эмоциональное функционирование — 66,66, психологическое здоровье — 44 балла. В группе с высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности показатели по всем шкалам опросника SF-36, были ниже, что указывает на более низкий уровень качества жизни.

Результати лікування та оцінка якості життя у хворих після відкритої поперекової мікродискектомії

Гудак П.С., Туш І.І.

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Тернопільська обласна комунальна клінічна лікарня, 46001, м. Тернопіль, вул. Клінічна, 1, тел. роб. 8 (0352) 52-72-89, тел. моб. 8(095) 330-30-60, e-mail: tyshneuro@mail.ru

Мета. На підставі вивчення катамнезу пацієнтів, оперованих з приводу поперекового дискогенного компресійного синдрому, провести аналіз застосованих хірургічних методик та якості життя.

Матеріали. Проведено аналіз хірургічного лікування 58 хворих після відкритої поперекової мікродискектомії, які були оперовані протягом 2006 року. Переважну більшість хворих (34) склали чоловіки працездатного віку. Середній термін перебування пацієнтів після операції в стаціонарі складав 6 дб. Найбільш типовим в клінічній картині був тривалий, різко виражений люмбо-ішіорадикулярний синдром. У 41 хворого були діагностовані явища радикулопатії (L_{IV} — у 8 випадках, L_V — у 17 випадках S_I — у 33 випадках), що розцінювалося нами як груба декомпенсація функції спинно-мозкового корінця внаслідок компресії пролабованим диском нерідко в умовах «набутого стенозу». З кауда — синдромом оперовано 4 пацієнтів. У хворих з дилатацією перидуральних вен, де проведення мікродискектомії ускладнювалося кровотечею, яку неможливо усунути тампонуванням, нами успішно застосований гемостатичний матеріал «Тахокомб». У 8 пацієнтів з надмірною масою тіла та у 7 — з вузьким міждужковим простором використана запропонована нами укладка пацієнта на операційному столі в колінно — ліктьовому положенні, що значно покращує доступ і дозволяє з мінімальною травматизацією виконати оперативне втручання. Для оцінки функціонального статусу, працездатності та інтенсивності болювого синдрому ми користувалися 5-ти бальною шкалою D.J. Rivert (2004р.)

Результати. Відмінні результати (5 балів) досягнуті у 9 пацієнтів. Хороший результат (4 бали) — у 41 хворих. Задовільний (3 бали) — у 6 пацієнтів. У 2-х пацієнтів з кауда — синдромом, де передопераційний термін складав відповідно 8 та 9 дб результат лікування оцінено у 2 бали.

Висновки. Найкращі результати лікування, на нашу думку, зумовлені максимальною мінімізацією доступу та хірургічних маніпуляцій в спинно-мозковому каналі під контролем операційного мікроскопу, ретельним гемостазом, що дозволило скоротити тривалість операції (в середньому 50 хвилин), а також ранньою активізацією (в першу добу) оперованих хворих. Незадовільні результати пацієнтів з кауда — синдромом зумовлені пізнім зверненням до нейрохірурга.

OUR EXPERIENCE IN THE SURGICAL TREATMENT OF THE LUMBAR DISC HERNIA

Guranda Viorel, Deliu Constantin

Clinical Municipal Hospital of Balti, Neurosurgical Department, Republic of Moldova, 3100 Balti, Decebal street 101, Tel.: 0 373 690 55329, fax: 0 373 231 72703, , viorel_guranda@mail.ru

THE AIM OF THE STUDY. The present work has the analysis of the personal experience in the surgical treatment of the lumbar disc hernia for an object, which is accomplished in order to improve the quality and the results of the ulterior treatment.

THE MATERIAL AND THE METHODS OF THE INVESTIGATION. There have been analyzed 83 fully examined cases of the lumbar disc hernia that have undergone the surgical treatment within the neurosurgical service CMHBalti in the period of the years 2005—2006.

THE RESULTS AND THE DISCUSSIONS. In the study there have been included 83 patients with lumbar disc hernia, 39 of which (46%) are men and 44 (53%) are women.

The incidence of the patience according to the age is: 10—20 years old 1 (1%); 21—30 years old 4 (4%); 31—40 years old 31 (37%); 41—50 years old 24 (28%); 51—60 years old 17 (20%); 61—70 years old 6 (7%).

At admission a series of patients displayed motor deficiency: 3 (3%) patients had minor paresis, 1 (1%) patient had moderate paresis and 2 (2%) patients had a severe paresis of the foot. In the case of 3 (3%) patients there has been detected an inferior paraparesis of different degrees of intensity.

The lumbar imaging CT/MRI showed the following levels: L3 in 2 (2%) cases; L4 in 28 (33%) cases; L5 in 42 (50%) cases; 2 levels L4 and L5 in 11 (13%) cases.

The indications for the surgical treatment were: the persistent radicular algetic syndrome and clear signs of extrusion of pulp nucleus according to the data of the lumbar CT/MRI.

Three (3%) patients have been promptly operated and 80 (96%) patients have been operated according to schedule. We have given the priority to the ventral position, 50 patients been operated in the ventral position (60%) and in lateral decubitus — 33 (39%) patients. In order to treat the lumbar intervertebral disc we have used the following methods: interlaminar — 15 (18%) cases; interlaminar-interapophysary — 68 (81%) cases; discectomy with posterior stabilization has been effectuated in 2 (2%) cases.

Reintervention in time has occurred in 1 (1%) case, the patients was anteriorly operated in 1992, 1998.

CONCLUSION. This work is the result of the personal experience and constitutes an argument in favour of the surgical intervention from which only the perfectly examined patients must benefit. The examination must be completed with a thorough paraclinical exploration in accordance with the possibilities of the service.

**Качество жизни
больных с метастатическими
опухолями позвоночника
и спинного мозга.**

*Кариев М.Х.,
Абдуллаев Д.Д.*

*Республиканский научный
центр нейрохирургии,
Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблуква, 5,
тел. 134-10-83, kariev@bcs.com.uz.*

Хирургическое лечение метастатических опухолей позвоночника и спинного мозга является паллиативной процедурой направленной к улучшению качества жизни пациентов. Уменьшение болевого синдрома, регресс неврологической симптоматики, восстановление функции тазовых органов, восстановление утраченных функции спинного мозга является основной задачей паллиативного лечения больных с метастатическими опухолями позвоночника и спинного мозга.

Цель: улучшить качества жизни больных с метастатическими опухолями позвоночника и спинного мозга, путем дифференцированного выбора метода лечения

Материалы, методы. В РНЦНХ за период 1996 до 2006 обследована 102 больных. Прооперирована 56 больных из них 12 больным произведена ДСО задним доступом с установлением транспедикулярной фиксирующей системы, 5 больным ДСО передно — бокового доступа, 6 больным произведена перкутанная вертебропластика костным цементом, одному больному произведена гемиламинэктомия с тотальным удалением метастатической опухоли дужки позвонка, 33 больным произведена ламинэктомия. Согласно по прогностической шкалы Tokuhashi (1990) 46 больным из-за имеющейся противопоказаний рекомендована химио и лучевая терапия. До и после операции качества жизни оценивалась по шкале Карновского.

Результаты и обсуждение. Согласно критериям шкалы Карновского на момент выписки по качеству жизни оперированные больные распределилось следующим образом: 37 больных с хорошим результатом: показатель качества жизни — 70% и больше; 14 больных с удовлетворительным результатом: показатель качества жизни — 60%; 4 больных с неудовлетворительным результатом качества жизни — ≤40%.

ВЫВОДЫ: анализ результатов дифференцированного хирургического лечения показал, что улучшение качества жизни больных хорошим результатом отмечена у 37(66%) больных, удовлетворительным результатом 14(23,3%). За счет уменьшению болевого синдрома, регрессом неврологической симптоматики, восстановлением функции тазовых органов, это в какой то мере позволяет больным освободиться от постороннего ухода.

**Оцінка якості життя хворих
після мікродискектомії**

*Костицький М.М., Потапов О.І.,
Костицька О.М., Федак В.І.*

*Обласна клінічна лікарня, м. Івано-
Франківськ, 76000, м. Івано-Франківськ, вул.
Федьковича 91, ОКЛ, (0342) 528-173, e-mail:
otkos@itc.if.ua, fedak_v@yahoo.com*

Біль в нижній частині спини залишається найбільшою проблемою, що впливає на якість життя працездатної людини. Мікродискектомія є хірургічним методом, що найчастіше використовується для лікування болю, а тим самим покращення якості життя у пацієнтів із грижею диску на одному рівні. Важливим є оцінка хворого впливу результатів хірургічного лікування на його здоров'я та працездатність.

Матеріали та методи. Ми прослідкували катамнез наслідків оперативного лікування 55 хворих з дегенеративними захворюваннями поперекового відділу хребта, що супроводжувалися клінічною картиною радикулопатії дискогенного характеру, тривалістю спостереження 6 — 12 місяців.

Середній вік оперованих складав 40 років (від 18 до 66 років), 25 жінок (46%) та 30 (54%) чоловіків. Тривалість перебування в лікарні 4—6 днів. Всі пацієнти мали певний неврологічний дефіцит, що співпадав з локалізацією ураження поперекового сегменту, виражений больовий та міотонічний синдроми. Клінічні прояви підтверджувались рентгенологічними даними, комп'ютерною томографією та магнітно-резонансною томографією.

Мікродискектомія проведена за технологією Caspar на LIV—Lv рівні — 28, Lv—SI— 25, LIII—LIV— 2 хворим, з послідовним післяопераційним навчанням правильного руху та тактики поступового збільшення навантаження протягом 12 тижнів. Оцінка якості життя хворих після хірургічного лікування проводилась з використанням візуальної аналогової шкали болю, та шкалою Oswestry.

Результати та їх обговорення. На момент виписки 91% хворих повідомляли про відсутність болей в нозі, 9% відзначали її значне зниження, 74,5% відмітили відсутність болю в спині та лише 20% — відновлення чутливих порушень. Через 12 місяців 94% хворих відмітили відсутність болю в нозі, 81% в спині, 72% відновлення чутливості. Якщо до операції якість життя пацієнтів оцінювалась в 40—45 балів за шкалою Oswestry, то після спостережуваного терміну відмічено значне покращення із оцінкою в 1—3 бали, а це дозволило 94% хворих відновити свою попередню працездатність.

Висновки. Отже, дане дослідження демонструє, що мікродискектомія, виконана за показами, є ефективним методом лікування диско генної патології, приносить позитивний результат і задоволення пацієнтів проведеним хірургічним лікуванням.

Декомпресивно-стабилизирующие операции боковыми и комбинированными доступами при травме тораколумбарного отдела позвоночника

Сльнсько Е. И., Леонтъев А. Ю.

Киевский институт нейрохирургии

им. акад. А. П. Ромоданова,

1-я спинальная клиника.

Херсонская областная

клиническая больница,

отделение нейрохирургии,

Херсон, 73000,

пр. Ушакова 67, (80552421556),

alexas@medmail.info.

Цель. Изучить показания, противопоказания и эффективность методов лечения, качество жизни пациентов в послеоперационном периоде с переломами грудного и поясничного отделов позвоночника через боковые и комбинированные доступы.

Материалы и методы. В исследование включены 25 пациентов, которые были оперированы в течение первых 4 недель с момента травмы с применением боковых и комбинированных доступов. Срок наблюдения составил в среднем 1 год. Оценивалось качество жизни по шкалам боли и работоспособности по Denis.

Результаты. В послеоперационном периоде отмечался значимый регресс болевого синдрома ($p < 0,000$). Достигнуто существенное улучшение двигательных функций ($p = 0,04$). Показания для проведения декомпресивно-стабилизирующих операций при переломах грудного и поясничного отдела позвоночника боковыми доступами: 1) наличие признаков нестабильности передних отделов позвоночно-двигательного сегмента; 2) наличие передней компрессии нервных структур; 3) срок после травмы свыше 72 часов. Относительные противопоказания: возраст свыше 60 лет, тяжёлые экстравертебральные повреждения, выраженная сопутствующая патология, отсутствие возможности интраоперационного рентгенологического контроля, недостаток опыта выполнения подобных вмешательств у операционной бригады. Дополнительная задняя фиксация повреждённого сегмента после выполнения декомпрессии и реконструкции позвоночного сегмента через боковой доступ показана при: 1) наличие переломовывихов с повреждением задних костно-связочных структур; 2) «задняя» компрессия нервных структур; 3) непременность корсета.

Выводы: методы декомпрессии и реконструкции позвоночного столба через боковые и комбинированные доступы являются эффективными, достаточно безопасными и улучшают качество жизни пациентов.

Результаты применения рекомендаций по профилактике пролежней у пациентов с заболеваниями и повреждениями позвоночника и спинного мозга

*Леонтъев А. Ю., Леонтъев Ю. А.,
Елисаветская И. И., Сльнсько Е. И.,
Назаренко О. С.*

Херсонская областная клиническая

больница, отделение нейрохирургии,

Херсон, 73000,

пр. Ушакова 67, 80552421556,

alexas@medmail.info

Цель. Анализ результатов применения программы профилактики образования пролежней у пациентов с осложнёнными заболеваниями и повреждениями позвоночника и спинного мозга.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 89 пациентов с различными заболеваниями и повреждениями, сопровождавшимися нарушениями чувствительности и движений в результате поражения позвоночника и спинного мозга. Профилактика пролежней по разработанным нами рекомендациям выполнялась у 21 пациента (первая группа) и без соблюдения рекомендаций у 68 пациентов (вторая группа). Для анализа результатов применения рекомендаций использовали оценку риска развития пролежней по шкале Ватерлоо и классификацию пролежней по стадии развития.

Результаты. В первой группе пролежни имели место к моменту выписки у 5 пациентов. Среди пациентов с пролежнями лишь у 4 (19%) они образовались за период проведения профилактических мероприятий и прогрессировали до 1 ст. Во второй группе пролежни образовались у 17 пациентов (25%). Наиболее эффективными, на наш взгляд, являлись следующие паттерны: подробное информирование пациента и родственников, внедрение противопролежневых матрасов, использование шкалы риска развития пролежней, как инструмента коррекции противопролежневых мероприятий.

Выводы: введение в повседневную практику рекомендаций по профилактике образования пролежней позволило снизить частоту образования пролежней на 6%, улучшить качество жизни пациентов.

Результаты хирургического лечения патологии межпозвоноковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника (ПМД) у жителей Винницкой области

*Ольхов В.М., Горбатюк К.И.,
Кириченко В.В., Чирка Ю.Л.,
Венцовский И.Л., Венцовский Л.О.,
Шмерчук С.Г., Обертинский В.А.,
Долгополова Р.А., Кудина Е.М.,
Ольхова И.В.*

*Винницкая областная психоневрологическая
больница им. акад. О.И. Ющенко,
21005, г. Винница, ул. Пирогова, 109;
нейрохирургическое отделение,
(80432) 321580, gorbatiukkostya@mail.ru*

Введение: Определить качество жизни больных различного возраста после операции по поводу ПМД.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения 171 больных с ПМД, находившихся на лечении в областном нейрохирургическом отделении в течении 2006 года.

Результаты: Оперативное вмешательство было проведено 47,7% мужчинам, 52,3% — женщинам. Это составило 78,6% от всех больных с ПМД лечившихся в отделении. Среди них жителей сельской местности — 83%, города — 17%. 55% пациентов — молодые люди, 29% — среднего возраста и 16% — пожилые. По поводу ПМД L4-L5 прооперировано 49% больных, L5-S1 — 39%, L3-L4 — 4%, в 8% наблюдений отмечено двухуровневое поражение.

В 63% причиной ПМД являлись физическое перенапряжение и травма, в 14% — непосредственная связь с мануальной терапией, в 23% причина ПМД не была установлена.

72% больным проводилась по месту жительства консервативная терапия, продолжительность которой до операции составляла 3 месяца.

Признаки инвалидности в виде значительного и умеренного затруднения при ходьбе отмечены в 61,4% наблюдений, у 16,3% больных наблюдались нарушения функции мочеиспускания. Микродискэктомия выполнена 96% больным, в 4% гемиламинэктомия, в связи с гипертрофией желтой связки, эпидуритом, поясничным стенозом.

Предоперационный койко-день составил 1,4 дня.

95,4% больных начали на следующий день после операции самостоятельно ходить, восстановление мочеиспускания наступало в сроки от 3-5 дней до 2-3 недель.

4 пациента выписаны с неврологическим дефицитом относящимся к группе D по шкале Frankel.

По шкале боли (Roland&Morris Low Back Pain And Disability Questionnaire) на момент выписки, у 96% больных отмечен регресс симптоматики от 19-20 до 1-3 баллов.

Заключение: Качество жизни больных различного возраста, оперированных по поводу ПМД зависит от своевременной диагностики, времени и объема проведенной операции.

Оцінка якості життя хворих у віддаленому періоді після мікродискетомії у поперековому відділі хребта проведених різними нейрохірургічними методиками

*Педаченко Є.Г., Хижняк М.В.,
Танасійчук О.Ф.*

*Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова АМН України,
04050 Київ, вул Мануїльського, 32,
тел/факс (044) 489-31-88, brain@neuro.kiev.ua*

Загальновідомо, що одним із основних факторів що впливають на якість життя хворих після поперекових мікродискетомій є травматичність операцій. Не випадково у хірургії дискогенних больових синдромів за останні два десятиріччя було впроваджено досить широкий спектр малоінвазивних методик, заснованих переважно на пункційних, ендоскопічних та мікрохірургічних технологіях.

Мета: Нами було проведено аналіз віддалених (більше року) результатів хірургічного лікування хворих молодого віку (20—44 рр), які були оперовані у Інституті нейрохірургії методами пункційної лазерної мікродискетомії (ПЛМ), ендоскопічної портальної мікродискетомії (ЕПМ), та традиційної мікродискетомії з приводу гриж міжхребцевих дисків у поперековому відділі хребта.

Матеріали та методи: Всі хворі мали відносно короткий анамнез захворювання (до 2 років), при відсутності грубої симптоматики випадіння функції корінця та переважно медіанні та парамедіанні грижі розміром до 8 мм (за даними МРТ).

В залежності від вибору метода хірургічного втручання хворі були розподілені на дві групи:

1. Хворі, які були оперовані позаканальними (ПЛМ-82 спост. та ЕПМ — 80 спост.) технологіями — 162 спост.

2. Хворі, яким була проведена традиційна мікродискетомія внутрішньоканальним доступом — (79 спост.).

Порівняльна оцінка якості життя по шкалі європейського опросника якості життя Euro Quality of Life — 5D dimensions (в балах) проведена нами (від 1 до 3 років) після операції.

Результати та їх обговорення: Отримані результати свідчать, що якість життя була значно вища у хворих 1 групи в порівнянні з пацієнтами 2 групи, яким була проведена традиційна мікродискетомія. Проведений аналіз свідчить, що зниження якості життя (болі в області рани різного характеру у даної категорії хворих (72%) відбувається переважно за рахунок післяопераційного епідуриту та дистрофії м'язів.

Висновки: 1. У хворих молодого віку з відносно коротким анамнезом захворювання (до 2 років), при відсутності грижі великих розмірів (до 8 мм за даними МРТ) та грубої неврологічної симптоматики випадіння функції корінця пріоритетним є використання методів хірургічного лікування, заснованих на пункційних та ендоскопічних технологіях.

2. Методики пункційної лазерної та ендоскопічної портальної мікродискетомії є найменш травматичними та значно покращують якість життя хворих у післяопераційному періоді.

Перкутанная транспедикулярная стабилизирующая система «Sextant»

Педаченко Е. Г., Гармиш А. Р.,
Педаченко Ю. Е.

Институт нейрохирургии им. акад.
Ромоданова А. П. АМНУ, 04050 Киев,
ул. Мануильского 32, тел. 8 044 489-30-45,
E-mail: garmich@mail.ru.

Современные тенденции развития хирургии позвоночника связаны с разработкой малоинвазивных методов лечения, в том числе и стабилизирующих систем.

Цель: выявить преимущества чрезкожной транспедикулярной фиксации позвоночника системой «Sextant».

Материалы и методы исследования: Обследовано 50 пациентов (37 женщин и 13 мужчины) с патологическими и посттравматическими компрессионными переломами тел позвонков без неврологического дефицита. Возраст пациентов от 18 до 67 лет (в среднем 47,95±1,59 лет). В зависимости от характера оперативного вмешательства больные разделены на две группы. Первую группу составили 25 больных, для стабилизации позвоночника которых использован метод чрезкожной транспедикулярной фиксации системой «Sextant». Вторую группу — больные, которым проводилось «открытое» оперативное вмешательство с фиксацией позвоночника транспедикулярной системой.

Обе группы больных были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям и интенсивности основных клинических проявлений.

Результаты: Применение чрезкожной стабилизации позвоночника позволило сократить время проведения оперативного вмешательства в среднем до 84,5±9,12 мин, снизить объем кровопотери в среднем на 600 мл, а так же значительно уменьшить выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде и длительность временной нетрудоспособности. Средняя продолжительность пребывания больных первой группы на больничной койке в послеоперационном периоде достоверно ниже и составила 4 суток.

Выводы: Чрезкожная транспедикулярная стабилизация позвоночника системой «Sextant» — эффективное малоинвазивное оперативное вмешательство, позволяющее сократить сроки госпитализации, время оперативного вмешательства и свести объем кровопотери к минимуму.

Якість життя хворих після пункційної лазерної мікродискектомії з приводу шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів

Педаченко Ю. Е.

Институт нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова
АМН України, Національна медична академія
післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ
України. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32,
тел. 044 486-4608, pedachenko_yura@mail.ru

Мета: Визначити якість життя хворих після пункційної лазерної мікродискектомії (ПЛМ) з приводу

шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів (ШДНС).

Матеріал і методи. ПЛМ проведена 150 хворим із ШДНС на 234 клінічно означених грижах міжхребцевих дисків: C₃/C₄ — 6 (2,6%), C₄/C₅ — 34 (14,3%), C₅/C₆ — 110 (47,2%), C₆/C₇ — 79 (33,8%), C₇/Th₁ — 5 (2,2%). В клінічній картині у 150 хворих мали місце 402 ШДНС. В середньому, на кожного хворого приходилось 2,7 неврологічних синдрому: 1,1 — компресійних, 1,6 — рефлекторних. Якість життя оцінювали за станом пацієнтів в різні строки після ПЛМ за стандартними шкалами оцінки ефективності втручання (за критеріями А. М. Хелімського, MacNab, Nurick, Pain Score Scale).

Результати та їх обговорення. За катamnестичними даними (через рік і більше після операції), ПЛМ є ефективним методом лікування ШДНС (90,9% позитивних результатів), перед усім компресійної радикулопатії із явищами іритації корінця та із неврологічними симптомами випадіння функції корінця.

Основним критерієм якості і ефективності ПЛМ, як малоінвазивного втручання, вважаємо кількість повторних відкритих втручань (мікродискектомія із переднім корпородезом), що мало місце у 3,1% наших хворих.

В 7% спостережень хворі очікували на більший ефект від втручання, але суб'єктивна оцінка недостатнього, на їх погляд, результату операції в половині випадків не корелювала із позитивними змінами неврологічного статусу, даних електронейромографії та МРТ.

Висновки. 1. Пункційна лазерна мікродискектомія є ефективним методом лікування шийних дискогенних нейрокомпресійних синдромів (90,9% позитивних результатів).

2. Критерієм якості і ефективності пункційної лазерної мікродискектомії, як малоінвазивного втручання, вважаємо необхідність проведення повторних відкритих втручань.

3. Проведення мікродискектомії із переднім корпородезом після ПЛМ знадобилось в 3,1% спостережень.

Качество жизни больных с повреждениями и некоторыми заболеваниями позвоночника в зависимости от методов стабилизации.

Перфильев С. В.

Республиканский научный центр
нейрохирургии, Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,
134-10-83, kariev@bcs.com.uz

В настоящее время нейрохирургические операции на позвоночнике стали сочетаться со стабилизирующими операциями.

Целью исследования было: изучить качество жизни больных в зависимости от применения различных вариантов спондилодеза у больных с травматическими повреждениями, шейным остеохондрозом, спондилолистезами и опухолями позвоночника.

Материал и методы. Работа основана на клиническом наблюдении за 270 пролеченных за период 1998 — 2006гг. 28 с вывихами и 20 больных с оскольчатыми переломами тел шейных позвонков. 35 с шейным остеохондрозом. С переломами тел грудных

и поясничных позвонков 102. У 15 со злокачественными опухолями позвоночника и 70 с осложненными спондилолистезами. Для спондилодеза использовали «кейджи» и транспедикулярные фиксаторы. Качество жизни больных определяли по шкале Карновского. Динамическая наблюдения через 6 и 12 месяцев.

Результаты и обсуждение. Применение фиксирующих систем позволяет приступить к ранней реабилитации и отказаться от дополнительной внешней иммобилизации. Результаты лечения и показатели качества жизни зависели от многих причин, главной их которых является характер и глубина повреждения спинного мозга. Однако применение погружных систем внутренней фиксации позвонков значительно облегчает качество жизни и процесс медицинской реабилитации — практически с 1-го дня после операции (в среднем на 10—20% по шкале Карновского) при травматических повреждениях и шейном остеохондрозе. А у больных с опухолевым поражением тел позвонков (при минимальной заинтересованности спинного мозга) качество жизни улучшается вплоть до 60—80% по шкале Карновского.

Опухоли спинного мозга, его оболочек, СМН с разрушением позвоночника. Качество жизни пациентов

*Поляков Ю.Ю., Гуляев Д.А.,
Тастанбеков М.М.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,
г. Санкт-Петербург, 191104,
ул. Маяковская, д. 12,
тел. 8 10-7-812 2729819,
polyakovspb@yandex.ru*

Цель. Определение уровня социальной адаптации и качества жизни у пациентов с опухолями спинного мозга.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 63 больных оперированных в ФГУ РНХИ имени профессора А.Л. Поленова на отделении хирургии опухолей головного и спинного мозга в период 2002—2006гг. Возрастная группа от 18 до 76 лет. Средний возраст составил 45 лет. На трудоспособный возраст от 20 до 40 лет приходится 36,5% заболевших.

По уровню поражения: шейный отдел 23 (36,5%); грудной отдел 17 (26,9%); поясничный отдел 21 (33,3%); крестцовый отдел 2 (3,2%).

Состояние при поступлении: компенсированное 53 (84,1%), субкомпенсированное 9 (14,3), декомпенсированное 1 (1,6%).

Клиническая картина представлена основными симптомами: болевой синдром 47 (74,6%); нарушение чувствительности 24 (38,0%); нарушения функции тазовых органов 44 (69,8%); двигательные нарушения 63 (100%).

По шкале Карновского 90—80 баллов имели 9 (14,3%), 70—60 баллов — 26(41,3%), 60—50 баллов — 22 (34,9%) и менее 50 баллов — 6 (9,5%) больных.

По показателю Бартеля для функциональной оценки сохранности навыков больного используется сумма очков, которая при полной независимости пациента достигает 100. Сумма баллов, меньшая или равная 20, свидетельствует о низком реабилитационном потенциале и высокой зависимости больного от посторонней помощи, а равная или превышающая

60 баллов позволяет считать возможным значительное восстановление функционального статуса больного.

Результаты и их обсуждения. В дооперационный период 9 пациентов (95 баллов), 26 пациентов (80 баллов), 22 пациента (50 баллов), 6 пациентов (45 баллов). В послеоперационном периоде реабилитационный потенциал составил более 60 баллов практически в 100% случаев.

Вывод. Раннее выявление заболевания, правильная хирургическая тактика включая адекватную стабилизацию позвоночника, консервативную терапию в послеоперационном периоде, позволило повысить реабилитационный потенциал пациентов, уровень социальной адаптации и качество жизни.

Цифровая вертебротермография в оценке качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита

*Семисалов С.Я., Абашии Г.В.,
Семисалова В.С.*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, 83110,
а/я 1412, 307-81-35; serg1948@yandex.ru*

Цель. Определить эффективность объективизации качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита. Материал и методы. Проведен анализ эффективности оперативного лечения дискогенного пояснично-крестцового радикулита у 15 больных. Всем больным перед оперативным вмешательством проводилось клинико-рентгенологическое обследование, компьютерная томография или магнитно-резонансное исследование пояснично-крестцового отдела позвоночника. При поступлении в нейрохирургический стационар и перед выпиской после операции проводилась цифровая вертебротермография пояснично-крестцового отдела позвоночника. Вся информация вводилась в специально разработанную медицинскую информационную систему «Медик-эксперт» и в последующем подвергалась анализу и статистической обработке.

Результаты и обсуждение. У всех больных с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом перед оперативным вмешательством при выполнении цифровой вертебротермографии выявлялась асимметрия температуры кожи. Причем в 3 случаях преобладание температуры кожи со стороны протрузии диска составляла до 1,5 раз. В послеоперационном периоде в большинстве случаев асимметрия кожной температуры хотя и отмечалась, но степень асимметрии была значительно менее выражена.

Выводы. Одним из признаков качества жизни больных, оперированных по поводу протрузии диска в пояснично-крестцовом отделе является нормализация выраженности вегетативных нарушений в виде уменьшения разницы кожной температуры в паравертебральной области. Проведение цифровой вертебротермографии у больных с протрузией диска в пояснично-крестцовой области помогает проводить динамический контроль за объемом и эффективностью консервативного лечения в послеоперационном периоде и является одним из критериев оценки качества жизни больных, оперированных по поводу дискогенного пояснично-крестцового радикулита.

**Дифференцированный выбор
хирургического доступа
при вентральных опухолях шейного
отдела спинного мозга с целью
улучшения результатов хирургического
лечения и качества жизни больных**

*Слынько Е.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак,
Пастушин А.И.*

*Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины, Киев, 04050,
ул. Мануильского, 32, (044) 486-95-03,
E-mail: outing7@yahoo.com, Iyad@mail.ru*

Целью работы явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с опухолями шейного отдела спинного мозга вентральной локализации путем разработки дифференцированных показаний для использования различных хирургических доступов, разработки техники радикального хирургического удаления этих опухолей с сохранением стабильности позвоночника.

Материалы и методы: Изучены результаты лечения 60 больных с экстремедуллярными опухолями вентральной локализации шейного отдела спинного мозга оперированными на протяжении 1997-2007 годов в клинике патологии спинного мозга и позвоночника института нейрохирургии им. акад. Ромоданова. Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 70 лет. У 23 — больных опухоль располагалась на уровне верхнешейного отдела (C0—C3), у 37 — на уровне нижнешейного отдела (C4 — C7). Для оценки неврологической симптоматики применяли «стандартизованную шкалу оценки неврологической симптоматики для спинальных опухолей» разработанную институтом нейрохирургии, а также шкалу *McCormick*.

Результаты: При оперативном вмешательстве были использованы различные оперативные доступы: заднебоковой доступ (24 больных), переднебоковой доступ (13 больных), экстремально-латеральный доступ (9 больных), far-lateral доступ (14 больных). В результате применения таких доступов, удалось добиться полной визуализации опухоли, удалить ее под прямым визуальным контролем. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях. Умерло 2 больных с кранио-вертебральными опухолями. В отдаленном периоде полный регресс неврологической симптоматики отмечен у 41 больных, частичный у 15, и у 2 неврологической динамики не было. При сопоставлении этих результатов с результатами лечения 60 больных с экстремедуллярными опухолями вентральной локализации шейного отдела спинного мозга оперированными на протяжении 1984-1997 годов, где применялись в основном задние доступы получены следующие результаты: умерло 7 больных (5 с кранио-вертебральными опухолями, 2 — с опухолями субаксиального уровня), в отдаленном периоде полный регресс неврологической симптоматики отмечен у 19 больных, частичный у 26, и у 8 неврологической динамики не было. Тотальное удаление проведено у 43 больных, у 17 — частичное.

Выводы: Применение дифференцированных хирургических доступов позволяющих адекватно визуализировать опухоль приводит к снижению смертности и заметному улучшению результатов хирургического лечения в виде более полного регресса неврологических нарушений.

**Оценка качества жизни больных
после хирургического лечения
интрадуральных экстремедуллярных
опухолей спинного мозга**

*Пастушин А.И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак,
Слынько Е.И.*

*Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины, Киев, 04050,
ул. Мануильского, 32, (044) 486-95-03,
E-mail: outing7@yahoo.com, Iyad@mail.ru*

Цель. Изучить качество жизни больных в отдаленном периоде после хирургического лечения интрадуральных экстремедуллярных опухолей спинного мозга.

Материалы и методы. В первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2002—2007г. было прооперировано 90 больных с интрадуральными экстремедуллярными опухолями спинного мозга. Больные обследованы в отдаленном периоде, не ранее чем через 6 мес. после операции путем отправки им по почте индивидуальных стандартизованных опросников. Использованы два вида опросников — нашу модификацию шкалы инвалидизации Prolo (Novorka I. и соавт., 2004) и русскоязычную версию адаптации института нейрохирургии «Rand 36-Item Health Survey 1.0». Из 90 оперированных больных ответы на опросники получено у 57.

Результаты: По шкале Prolo состояние полной инвалидности равняется 2 баллам, состояние полного здоровья и работоспособности — 10 баллов. По данным полученным в результате ответов больных эта цифра варьировала от 2 до 10, в среднем составила 6,8 баллов.

По данным русскоязычной версии «Rand 36-Item Health Survey 1.0» средняя степень инвалидизации составила 38%, что соответствует данным полученным с применением шкалы инвалидизации *Prolo*.

Выводы: Таким образом применение стандартизованных опросников высылаемых больным позволяет оценить результаты лечения в отдаленном периоде не прибегая к непосредственному обследованию больного. Однако, надежность и достоверность таких данных нуждается в дальнейшем анализе, сопоставлению данных полученных при заочной оценке больных с помощью опросников и данных непосредственного неврологического осмотра больных.

**Метод оценки результатов
хирургического лечения
дегенеративных поражений
грудного отдела позвоночника**

Золотоверх А.М., Слынько Е.И.

*Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины, Киев, 04050;
ул. Мануильского 32; 486-95-03,
zolotoverkh_alex@yahoo.com*

Цель. Объективизировать оценку послеоперационных результатов при оперативном лечении грыж грудного отдела позвоночника.

Материал и методы. За период с 1990 по 2007 гг. мы провели хирургическое лечение грыж грудного отдела позвоночника 58 больным. Нами использованы

несколько видов хирургических доступов. Стандартный задний доступ с ламинэктомией выполнен у 21 больного, трансстаракальный доступ выполнен у 2 больных, латеральный экстракавитарный доступ у 5 больных, трансфасетный педикулосохраняющий доступ у 7 больных, боковой транспедункулярный подход выполнен у 23 больных. Выбор доступа зависел в основном от 3 особенностей грыж: а) расположения (медильная, парамедильная, латеральная); б) размеров грыж и степени компрессии мозга; в) консистенции грыж (оцифицированная, мягкотканая). Из 58 больных у 22 больных грыжи были малые (уменьшение позвоночного канала на 0—10%), у 25 средние (> 10—20%), и у 11 большие (> 20%). Среди 58 больных у 7 имела место, срединная грыжа, у 19 парамедильная, у 32 латеральная грыжа грудных дисков. Результаты хирургического лечения оценивались по созданной нами шкале оценки состояния больного с грудной миелорадикулопатией (ШГМР).

Результаты и их обсуждение. Результат оценен как отличный (75—100% по шкале ГМР) у 9 больных, при этом у 5 был применен боковой транспедункулярный подход, у 2 — латеральный экстракавитарный, и у одного — трансфасетный педикулосохраняющий; хороший результат (50—74%) был у 34 больных, из них у 16 больных применен боковой транспедункулярный подход, у 10 — ламинэктомия, трансфасетный педикулосохраняющий — у 5 больных, у 2 — латеральный экстракавитарный, трансстаракальный подход был применен у 2 больных; удовлетворительный результат (25—49%) определен у 9 больных, из них у 5 была применена ламинэктомия, у 2 — транспедункулярный доступ, у 1 — трансфасетный педикулосохраняющий и у 1 — латеральный экстракавитарный доступ; у 4 больных результат остался без изменений (0—24%) у всех была применена ламинэктомия; у 2 больных результат был определен как плохой (<0%) у всех также была применена ламинэктомия.

Выводы. Использование шкалы оценки состояния больных с грыжами грудного отдела позвоночника (шкала грудной миелорадикулопатии — ШГМР) позволяет объективизировать результаты хирургического лечения больных, а также сопоставить результаты лечения грыж грудного отдела позвоночника различными доступами.

Якість життя пацієнтів після протезування міжхребцевих дисків рухомими імплантатами

Квасніцький О. М., Слинко Є. І.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова АМН України, Київ, 04050, вул. Мануйльського, 32, (044) 486-95-03, E-mail: kvas80@yandex.ru

У Інституті нейрохірургії за 5 років виконано 22 оперативних втручання із протезуванням міжхребцевих дисків. Із них 4 втручання на поперековому рівні та 18 — на шийному. Метою роботи є оцінка якості життя пацієнтів у динаміці.

Якість життя пацієнтів оцінювалась із використанням короткого опитувальника загального стану здоров'я SF-12 (оцінювались загальні фізична і психічна компоненти здоров'я), аналогової 100-бальної шкали болю та індексу непрацездатності при дегенеративних захворюваннях поперекового хребта

Освестрі (Oswestry disability index) та його модифікації для шийного остеохондрозу. Оцінка якості життя проводилась шляхом заповнення відповідних анкет тричі: перед оперативним втручанням, через 2-3 місяці після операції та через щонайменше 1 рік (до 5 років) після операції.

Післяопераційне спостереження доступне для 3 пацієнтів прооперованих на поперековому рівні та для 12 пацієнтів — на шийному рівні.

У групі протезування міжхребцевого диску на шийному рівні середні показники становили. До операції: фізична компонента загального стану здоров'я $24,7 \pm 0,3$; психічна компонента загального стану здоров'я $26,5 \pm 0,3$; індекс болю $83,1 \pm 1,0$; індекс непрацездатності Освестрі (модифікація) $76,3 \pm 0,9$. Через 2-3 місяці після операції ці показники становили: $34,6 \pm 0,4$, $41,2 \pm 0,5$, $17,1 \pm 1,4$, $28,7 \pm 1,5$ відповідно. Через щонайменше 1 рік після операції показники наступні: $40,8 \pm 0,5$, $55,9 \pm 0,7$, $8,8 \pm 1,2$, $19,7 \pm 1,1$ відповідно.

У групі протезування міжхребцевого диску на поперековому рівні середні показники становили. До операції: фізична компонента загального стану здоров'я $22,3 \pm 0,6$; психічна компонента загального стану здоров'я $26,2 \pm 0,7$; індекс болю $85,0 \pm 1,7$; індекс непрацездатності Освестрі $83,3 \pm 4,4$. Через 2-3 місяці після операції ці показники становили: $27,7 \pm 0,6$, $34,9 \pm 1,2$, $40,0 \pm 3,3$, $46,0 \pm 5,0$ відповідно. Через щонайменше 1 рік після операції показники наступні: $34,3 \pm 0,6$, $42,9 \pm 1,6$, $21,1 \pm 2,5$, $25,3 \pm 3,2$ відповідно.

Таким чином, обох групах пацієнтів спостерігається чітка позитивна динаміка оцінюваних показників якості життя. Різниця за усіма досліджуваними параметрами до операції та через 1 рік після неї є статистично достовірною ($p < 0,05$). Причому, така динаміка прослідковується у кожного окремого пацієнта.

Чрезкожная эндоскопическая дискэктомия — путь к ранней реабилитации и повышению качества жизни при грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника

Стегний С. А., Бублик Л. А., Мятюшин И. И.

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького, г. Донецк, Украина. 83048. Донецк, ул. Артема, 106, т. 8-062-381-38-77, stegniy-sa@rambler.ru

Сочетание понятия здоровья с изучением качества жизни при различных заболеваниях в медицине рассматривается как качество жизни и складывается из показателей, которые дают оценку самочувствию, ощущению полноты жизни, работоспособности.

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника с оценкой результатов лечения, используя методику визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Материалы и методы. В клинике нейрохирургии ДНИИТО произведен анализ хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника за период 2004—2006 гг.

14 пациентам проведена чрезкожная эндоскопическая дискэктомия с использованием набора «Karl Storz».

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов отмечен полный регресс неврологического дефицита и болевого компонента до 0—1 баллов ВАШ. В одном случае наблюдалось обострение хронического спондилодисцита.

Эндоскопические вмешательства выполнялись под местной анестезией при постоянном речевом контакте врача с больным. Ранняя активизация пациента начиналась через 4—5 часов после операции с переводом на амбулаторное лечение на 2—3 сутки.

Заключение. Малоинвазивная хирургия позвоночника — новая концепция в хирургической вертебрологии, позволяющая кардинально изменить стратегию отбора, лечения и реабилитации больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника на ранних стадиях заболевания. Чрезкожная эндоскопическая дискэктомия сопровождается минимальной травматизацией мягких тканей без образования эпидуральных рубцов, пребывание в стационаре сокращено до 3—5 дней, а по сравнению с методом микродискэктомии в послеоперационном периоде болевой синдром практически отсутствует, соответствия по шкале ВАШ 0—1 баллам.

Решение вопросов медико-социальной адаптации при травме пояснично-крестцового отдела позвоночника

*Стегний С. А., Лобанов Г. В.,
Оксимец В. М.*

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького. Украина, 83048 г. Донецк, ул. Артема, 106, тел. 8-062-3813877, stegniy-sa@rambler.ru

Под качеством жизни человека в настоящее время понимают комплексную характеристику политических, социально-экономических, экологических, культурно-идеологических факторов и условий существования личности, положения человека в обществе.

Цель исследования: изучить результаты медико-социальной адаптации пострадавших с травмой пояснично-крестцового отдела позвоночника при лечении методом внешней фиксации в сравнении с другими методами фиксации.

Материалы и методы. Анализ двух групп травмированных по 25 в каждой проведен по шкале Frankel. Больным основной группы выполнена стабилизации аппаратом внешней фиксации, в контрольной группе была использована методика погружной фиксации.

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения находятся в прямой зависимости от степени неврологических нарушений и характера нарушений стабильности в поврежденном позвоночно-двигательном сегменте, наличия и характера поврежденных других сегментов скелета и внутренних органов, своевременности диагностики и полноценности лечебных мероприятий, а также состояния адапционно-компенсаторных систем организма. Ранняя стабильная фиксация поврежденного сегмента в основной группе позволила активизировать пациентов в пределах постели в первые двое суток с последую-

щей ходьбой уже со 2 суток после операции. 92% пострадавших с постельного режима была переведена в активный режим в сроки до 20 дней, что позволило сократить длительность постельного режима до 11 дней. В контрольной группе 24% начали передвигаться при помощи костылей в первые 3 недели, а 54% были активизированы лишь через 30 и более дней. Малоинвазивная стабильная фиксация поврежденного сегмента вдвое сократила стационарное лечение, что составило 36,8 дней.

Заключение. Применение внешней фиксации поврежденных обеспечивает раннюю медико-социальную адаптацию и активизацию пациентов с достоверным улучшением социально-экономических показателей эффективности лечения поврежденных пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Оцінка якості життя хворих в гострий період після оперативного лікування — транспедикулярної фіксації з приводу ХСМТ

Держак В. М., Татарчук М. М.

Київська обласна клінічна лікарня, відділення нейроtraumatології. Головний лікар д. м. н. Анкін М. Л. Україна, 04107 м. Київ, вул. Багговутівська, 1, тел. (044) 489-12-79, e-mail: MTatarchuk@ukr.net

Мета. Визначити критерії якості життя хворих з ХСМТ, оперованих із застосуванням транспедикулярної системи стабілізації, оцінити ступінь та поширеність порушень рухових та чутливих функцій у відповідності з шкалою Індексів Моторики та чутливості при Травмі Спинного Мозку (Spinal Cord Injury Motor Index and Sensory Indices.)

Матеріали та методи. Нами проведено аналіз результатів виконаних оперативних втручань з приводу хребтно-спинномозкової травми у 37 хворих, які лікувались у відділенні нейроtraumatології Київської обласної клінічної лікарні. Для діагностики ХСМТ використовували стандартну рентгенографію хребта, комп'ютерну томографію та/або магніто-резонансну томографію. Для характеристики пост травматичних морфологічних змін хребта (хребців) використовували класифікацію F. Denis 1983р. За характером патології розподіл хворих був таким: 23 — компресійний перелом тіл хребців поперекового відділу хребта (L1—L5); 10 — перелом-вивих тіл хребців нижньогрудного рівня (Th11—Th12); 4 — спондилолітез попереково-крижового відділу хребта.

Операція транспедикулярної фіксації хребтового сегменту проводилась за загально прийнятою методикою стабілізації, застосовували систему транспедикулярної фіксації ХІА фірми «Stryker».

Оцінку критеріїв якості життя та динаміку відновлення рухових та чутливих функцій проводили до та після проведеного оперативного лікування, тобто в гострий період ХСМТ з використанням шкали Індeksu Моторики та Чутливості при травмі спинного мозку, де рухові функції оцінувались шляхом тестування праворуч та ліворуч рухів у десяти суглобах, оцінка проводилась за 6-бальною системою. Оцінка чутливості передбачає визначення як больової, так і глибокої чутливості в кожному дерматомі

нижче рівня травми. До оперативного лікування ІМЧ склав від 71,5% до 93,5% від максимальної суми балів у досліджуваних хворих.

Результати та їх обговорення. Як результат проведеного лікування було визначено динаміку неврологічного статусу, щодо відновлення провідникової функції спинного мозку — відновлення чутливої та рухової активності, регрес больового синдрому. За даними розрахунку шкали Індексу Моторики та Чутливості після операції відсотковий показник збільшився і склав 81% — 98,5%.

Висновки. Ми вважаємо, що застосування шкали ІМЧ при травмі спинного мозку дає можливість детально оцінити в кожному індивідуальному випадку чутливу та рухову функції, дослідити динаміку, визначити результат та адекватно встановити прогностичні критерії якості життя хворих після ХСМТ та стабілізації хребтового стовбуру транспедикулярною системою XIA фірми «Stryker».

Застосування методу епідуральної електростимуляції спинного мозку для покращення якості життя хворих з наслідками травматичного ушкодження спинного мозку

Цимбалюк В.І., Ямінський Ю.Я.

Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова АМН України, Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32, тел. 044 483-12-53, yaminski@ukr.net

Епідуральна електростимуляція широко застосовується в наш час для корекції різноманітних больових синдромів. Ми застосували даний метод лікування не лише для корекції болю але й для покращення рухів, чутливості та функції сечового міхура.

Методи і матеріали. Ми застосували метод епідуральної електростимуляції у 73 хворих з наслідками травматичного ушкодження спинного мозку. В своє дослідження ми включали хворих, оперованих лише в пізній період травматичної хвороби спинного мозку (3-и і більше місяців після травми). Хворих з ушкодженнями шийних сегментів спинного мозку було — 28 (38,3%), грудних — 16 (21,9%), поперекового потовщення спинного мозку — 29 (39,8%). Оцінку неврологічного дефіциту проводили за шкалами ASIA та Frankel. Оцінку якості життя проводили за створеною нами шкалою, що включала оцінку рухів (здатність виконувати ті чи інші вправи), болю, функції сечового міхура, наявність трофічних порушень. Максимальна кількість балів для хворих з ушкодженням шийних сегментів спинного мозку — 78, для хворих з пошкодженням грудних і поперекових сегментів — 46. За шкалою Frankel хворі розподілились таким чином: група А — 34 хворих; В — 24 хворих; С — 12 хворих; Д — 3 хворих. Операцію встановлення електродів для електростимуляції проводили в терміни від 3 місяців до 12 років після травми спинного мозку (в середньому — 2,4 роки).

Результати. Результати електростимуляції оцінювали в терміни від 9 до 15 місяців після хірургічних втручань. У жодного з пацієнтів не відмічено погіршення неврологічної симптоматики. В групі А результати відновлення рухів були найгіршими. У 23 (82,1%) хворих цієї групи відновлення рухів не було, у 5 (17,9%) — вони відновились лише

в незначній мірі (від 1 до 10 балів за шкалою ASIA), в середньому — $8,2 \pm 1,1$ бала. Больові синдроми методом електростимуляції вдалось купувати 8 (72,7%) хворим з 11. Функція сечового міхура покращилась у 12 (52,1%) хворих. Покращення якості життя відмічено у 16 (69,6%) хворих групи А.

В групі В рухи з'явилися у 20 (83,3%) хворих, біль регресував у 5 (83,3%) хворих з 6, функція сечового міхура покращилась у 14 (70%) хворих. Покращення якості життя після операції в середньому на $14 \pm 1,3$ відмічено у 21 хворого.

В групі С покращення рухів в середньому на $19,7 \pm 2,5$ балів (за шкалою ASIA) було у всіх хворих. Також всі хворі відмітили покращення якості життя в середньому на $28 \pm 2,8$ бали.

Висновки. Епідуральна електростимуляція є дієвим способом покращення якості життя у хворих з наслідками травматичного ушкодження спинного мозку.

Качество жизни больных, оперированных в связи с грыжей поясничного межпозвонкового диска

Юлдашев Р.М., Сабуренко Ю.Ф.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии МЗ РУз и кафедра нейрохирургии Ташкентской Медицинской Академии, 100000, г. Ташкент, ул. Каблукова, 5, kariev@bcc.com.uz

Боли в спине часто оказывают влияние на качество жизни больного, во многих случаях ведут к его снижению. Цель исследования: оценить качество жизни больных с грыжей поясничных межпозвонковых дисков до и после операции.

Материалы и методы: на примере 562 больных было изучено, насколько хирургическое лечение улучшает состояние больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. Материал собран в Республиканском Научном нейрохирургическом центре МЗ РУз. Все больные прошли полное обследование, оперированы и находились под диспансерным наблюдением. Качество жизни оценивалось до операции, в ранний послеоперационный период и через 6 месяцев после операции при помощи опросника RMQ (Rolland-Morris Questionnaire) и шкалы боли Denis.

Результаты и обсуждение. Из полученных данных выявлено, что до операции ответы на опросник составили в среднем 21 балл, уровень боли — P4. Наибольшие трудности до операции больные имели с ходьбой, поворотами в кровати и при вставании с кресла. В раннем послеоперационном периоде ответы на опросник RMQ составили 8 баллов, уровень боли — P2. Из проблем — больные должны были держаться за перила при подъеме по лестнице, имели затруднения при надевании носков. В отдаленном периоде ответы на опросник составили 3 балла. Самые большие изменения коснулись интенсивности боли, у 92% больных уровень боли — P1. Из наиболее частых проблем — больные старались избегать тяжелой домашней работы.

Вывод: проведенный анализ подтвердил положение, что оперативное лечение больных с остеохондрозом в значительной мере улучшает качество их жизни.

Оцінка якості життя хворих дитячого віку після нейрохірургічного лікування

Качество жизни детей оперированных по поводу спинномозговой грыжи в раннем возрасте

Ахмедиев М. М.

Республиканский научный центр
нейрохирургии, Ташкент, Республика
Узбекистан, 700000, Ташкент, ул. Каблукова, 5,
тел. 1342532, E-mail: mahmidneuro@mail.ru

Нейрохирургическая патология детей со спинномозговыми грыжами (СМГ) имеет ряд особенностей, так как касается не только здоровья и жизни пациентов, но и всей семьи.

Тактика и стратегия лечения определялась прогнозом возможных осложнений, характера гидроцефалии и сопутствующих аномалий развития. Для оценки качества жизни детей оперированных по поводу СМГ изучен катамнез 60 детей в период от 6 мес. до 8 лет после операции. Качество жизни в отдаленном периоде после удаленной СМГ оценивалось по динамике неврологического статуса, социальной адаптации и по данным контрольной КТ/МРТ. На результаты лечения детей оказывали влияние неврологический статус до хирургического лечения, наличие и выраженность сопутствующих пороков развития, характер, темп развития вторичной гидроцефалии.

Представляется важными не только ранняя диагностика и лечение СМГ с достижением функционального результата, но и адекватная реконструкция при синдроме фиксированного спинного мозга с целью коррекции двигательных, чувствительных, урологических, трофических расстройств и ортопедической патологии для повышения качества жизни и социальной адаптации ребенка.

Вышесказанное свидетельствует в пользу применяемой нами хирургической тактики и позволяет рекомендовать ее в качестве стандарта выполнения подобных операций. Это расширило возможности проведения реабилитации у детей с нарушенной нейрорегуляцией. Комплексное воздействие на процессы восстановления функции спинного мозга включает: нейропротекцию с целью стабилизации уцелевших структур, сохранения функционально полноценных волокон; использование физических факторов с целью стимуляции регенерации нервных элементов. Лечебные и физиотерапевтические мероприятия следует определять с учетом нарушений функций тазовых органов. Лечение сопутствующей косолапости, трофических проявлений и других аномалий необходимо проводить в ранние сроки для обеспечения адаптации детей к жизни в условиях семьи и общества.

Таким образом, современные возможности лечения СМГ способны обеспечить наиболее стойкий функциональный результат, если операция выполнена в самом раннем возрасте, так как для таких пациентов любое улучшение в неврологическом статусе имеет значение для социальной адаптации.

Критерії якості життя дітей з гліомами зорових шляхів в післяопераційному періоді

Борисова І. О.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А. П. Ромоданова АМН України.
04050, м. Київ, вул. Мануїльського 32.
т. 80444839614, email: child@neuro.kiev.ua

Мета. Дослідити якість життя дітей з гліомами зорових шляхів в післяопераційному періоді, в залежності від топографічної локалізації пухлини.

Матеріали та методи. Дослідження базуються на аналізі 110 хворих дітей з гліомами зорових шляхів. Серед них діти з пухлинами зорових нервів склали 40 спостережень, з пухлинами зорових нервів і хіазми — 37 спостережень, з ізольованими пухлинами хіазми 10 хворих, з розповсюдженням пухлин в гіпоталамус та підкіркову ділянку — 13 спостережень.

Результат та їх обговорення. У всіх дітей з гліомами зорових нервів проведено операції видалення пухлини. Катамнез 8—10 років. У даної групи хворих рецидиву захворювання не виявлено. Клінічні ознаки в післяопераційному періоді включали окорухові порушення і птоз різного ступеня, амавроз (все на стороні операції). Якість життя хворих цієї групи складала 85 балів згідно шкали оцінки якості життя пацієнтів з ураженням центральної нервової системи (Орлов Ю. А., 2001).

У дітей з гліомами зорових нервів і хіазми проведено операції тотального, або часткового видалення пухлини, якщо новоутворення повністю проростало хіазму. Катамнез 6—8 років. Клінічні ознаки в післяопераційному періоді включали окорухові порушення і птоз різного ступеня, амавроз і зниження зору на протилежній стороні. Якість життя хворих цієї групи складала до 75—80 балів.

У дітей з ізольованими гліомами хіазми виконано операції часткового видалення пухлини з наступним проведенням променевої терапії. Клінічні ознаки включали зниження зору на одне, або обидва ока різного ступеня вираженості, елементи дієнцефального синдрому. Якість життя хворих цієї групи складала до 60—70 балів.

У хворих з пухлинами хіазми, які розповсюджувались в гіпоталамус та підкіркову ділянку виконано операції часткового видалення пухлини, або її біопсія, з наступним проведенням променевої терапії. Клінічні ознаки включали зниження зору на одне, або обидва ока різного ступеня, синдрому внутрішньочерепної гіпертензії, контрлатерального центрального моно-, або геміпарезу, дієнцефального синдрому. Якість життя хворих цієї групи складала до 45 балів.

Висновки. Таким чином якість життя хворих дітей з гліомами зорових шляхів, в післяопераційному періоді, залежить від топографічної локалізації і розповсюдження цих новоутворень, що, в свою чергу, обумовлює об'єм їх видалення. Обмежені реабілітаційні можливості сприяють лише відновленню окорухових порушень.

**Оцінка якості життя дітей
з легкою хреботно-спинномозковою
травмою (ЗХСМТ) шийного
відділу у співставленні з даними
нейрофізіологічної діагностики**

Чеботарьова Л. Л., Сулій Л. М.

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

Мета. З метою об'єктивізації оцінки якості життя дітей з легкою ЗХСМТ шийного відділу провести порівняльний аналіз відповідності шкалі ASIA, ступеням травмування спинного мозку D і E даних електрофізіологічної (ЕФ) та ультразвукової (УЗДГ) діагностики у терміни 1 та 6 міс після травми.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-інструментальне обстеження 42 дітей у віці від 1 до 16 років в динаміці лікування легкої ЗХСМТ шийного відділу хребта, з них у 50% (21) хворих діагностовано пошкодження зв'язкового апарату хребта, 29% (12) — струс спинного мозку, 21% (9) — сполучну ЗЧМТ та ЗХСМТ. Для оцінки стану сегментарного та провідникового апарату спинного мозку, стовбурових та спінальних рефлексів використано методи стимуляційної та голкової електронейроміографії (ЕНМГ, ЕМГ). Перше ЕНМГ обстеження проводили на 1—2 добу після травми, повторне — через 1 та 6 міс., всього зроблено 73 обстеження на комп'ютерному електроміографі «Multy-BASIS» (Італія). УЗДГ хребтових артерій з визначенням показників церебральної гемодинаміки виконано за допомогою доплерографа «Sonoline G50» («Siemens»).

Результати та їх обговорення. У 50% хворих незважаючи на відсутність скарг при ЕНМГ обстеженні виявлено двобічну провідникову недостатність, в більшості випадків, з асиметрією показників, в 71% (30) хворих — ознаки залучення корінцевого апарату. Виявлено співпадання між позитивною динамікою ЕНМГ показників функції спинного мозку та зменшенням симптомів неврологічного дефіциту, хоча повної нормалізації показників Н-рефлексу навіть протягом 1—2 років не виявлено. У дітей з поєднаною ЗЧМТ та ЗХСМТ виявлено ознаки венозної дисциркуляції, гіпотонію судин вертебро-базиллярного басейну, які було важко диференціювати з певними віковими особливостями.

Висновки. Об'єктивну оцінку загального стану дитини після ЗХСМТ бажано робити за результатами клінічних, нейрофізіологічних та нейровізуалізуючих досліджень. Навіть за умови ступенів D і E, особливо у випадках поєднаної ЗЧМТ та ЗХСМТ, більше, ніж у половині випадків виявляється неспівпадання клінічних ознак повного відновлення та відхилення ЕНМГ показників від норми, ознаками впливу дисгемічного компоненту. Необхідні подальші дослідження для визначення доказових прогностичних критеріїв на основі ЕНМГ та УЗДГ діагностики.

**Лечения симптоматической эпилепсии
у пациентов с нейрохирургической
патологией**

*Духовский А. Э., Варешнюк Е. В.,
Богоявленская А. А.*

*Городской Центр Детской нейрохирургии,
61018, г. Харьков, пер. Балакирева, 3-а,
ХГКБСНМП им. проф. Мещанинова А. И.,
тел. 343-62-55, alex_duhneiro@mail.ru,*

Резистентные симптоматические эпилепсии детского возраста часто протекают с формированием когнитивных и личностных нарушений, что значительно снижает качество жизни и пациента и его семьи.

Цель работы: достижение контроля над припадками и повышение качества жизни у пациентов с резистентным течением симптоматической эпилепсии.

Материалы и методы: 34 пациента с симптоматической эпилепсией, резистентным течением в возрасте от 2 до 18 лет, которые были направлены в ГЦД нейрохирургии больницы скорой помощи. При обследовании выделены следующие нозологические формы: врожденные арахноидальные кисты у 5 пациентов, опухоли супратенториальной локализации у 6 пациентов, посттравматические дефекты черепа составили 6 детей и пациенты, оперированные ранее по поводу хронических субдуральных гематом и гидроцефалии различного генеза.

Проводились: КТ, МРТ, МРТ с контрастным усилением, ЭЭГ с картированием и ЭЭГ-мониторинг. Оценка проводилась по «Шкале оценки качества жизни ребенка с органическим поражением ЦНС» (Орлов Ю. А. 2002г) у детей после 6-ти лет, проведение Денверского теста у детей до 6-ти лет.

Результаты и обсуждение: проведено оперативное лечение: ликворосунтирующие операции, удаление опухолей, пластика костных дефектов черепа, субдуно-субгалеостомии. Коррекция противосудорожной проводилась терапии топираматом.

Достигнут у 33 пациентов полный контроль над припадками, улучшение когнитивной функции, повышение качества жизни на 20—30 баллов по «Шкале оценки качества жизни ребенка с органическим поражением ЦНС» (Орлов Ю. А. 2002г), повышение развития и социальной адаптации у детей младшего возраста по Денверскому тесту, также отмечалась нормализация ЭЭГ.

Выводы: назначение топирамата у больных с симптоматической эпилепсией после нейрохирургического лечения позволяет достичь практически полного контроля над припадками на фоне монотерапии топираматом.

**Результаты хирургического лечения
внутрижелудочковых кровоизлияний
у недоношенных детей**

Федак Б. С., Духовский А. Э., Боднарчук Р. Н.

*Городской Центр Детской нейрохирургии,
61018, г. Харьков, пер. Балакирева, 3-а,
ХГКБСНМП им. проф. Мещанинова А. И.,
тел. 343-62-55, alex_duhneiro@mail.ru*

Среди всех перинатальных поражений мозга геморрагический компонент, требующий экс-

тренной нейрохирургической помощи, встречается в 30—45% случаев. Частота геморрагий обратно пропорциональна гестационному возрасту при сроке гестации 32 недели и весе плода менее 1500 г достигает 80%, при весе менее 1000 г обнаруживается практически в 100% случаев (Катонина С.П. и соавт. 1995, Барашнев Ю.И. 2000 г). Новые реанимационные технологии и успехи неонатологии по выживанию таких детей ставят перед детской нейрохирургией новые задачи.

Наш многолетний опыт подсказывает, что господствующая в стране тенденция отсроченной оперативной помощи новорожденным с данной патологией является порочной. Как правило, применяют пункционные методы лечения и наружный вентрикулярный дренаж, что является дополнительным фактором инфицирования и развития вторичных осложнений. В клинике ГЦД нейрохирургии внедрен метод одномоментной малоинвазивной вентрикулосубгалеостомии при ВЖК III и IV степени и интрацеребральных гематомах у глубоко недоношенных новорожденных с низким весом.

Цель работы — снижение неонатальной смертности, профилактика вторичных осложнений и инвалидности с детства.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ хирургической активности у данной категории пациентов за период 2006—2007 годы. ГЦД нейрохирургии оказывалась помощь 9 пациентам с постгеморрагической гидроцефалией, рожденными недоношенными. Объем оперативного лечения включал пункционные методы и наружное вентрикулярное дренирование или малоинвазивную вентрикулосубгалеостомию с последующей вентрикулоперитонеостомией.

Результаты и обсуждения: в процессе катанестического наблюдения за пациентами было отмечено, что при проведении малоинвазивной вентрикулосубгалеостомии в возрасте до 10 суток с последующей вентрикулоперитонеостомией (у двух пациентов) не было отмечено осложнений, развитие детей по шкале Журбы—Мастюковой соответствовало возрастной норме по скорректированному возрасту. В группе детей со стандартным лечением отмечалась задержка психо-моторного развития до I—II степени по шкале Журбы — Мастюковой, что обусловлено очаговыми морфологическими изменениями вещества головного мозга по данным НСГ и ЯМРТ.

Т. о., активная нейрохирургическая помощь на ранних этапах лечения внутрижелудочково-паренхиматозных геморрагий обеспечивает снижение смертности исключает случаи «запущенных» гидроцефалий, уменьшает инвалидизацию.

Качество жизни недоношенных новорожденных с внутричерепными кровоизлияниями

Герус С.В., Савчук В.В.

Областная детская клиническая больница,
02100 г. Херсон, ул. Украинская 81,
(0552) 49-31-69, e-mail: sergey@rambler.ru

Цель: оценить эффективность интервенционного лечения новорожденных, имеющих малую массу тела, с внутричерепными кровоизлияниями на основании оценки качества жизни.

Материал и методы. На базе детской областной клинической больницы г. Херсона за 2005 г. было проведено обследование и лечение 39 новорожденных с массой тела до 2000 гр. при рождении и перенесших ВЖК различной степени тяжести. У 32 пациентов (82,1%) диагностировано СЭК — ВЖК I ст.; у 2 (5,1%) — ВЖК II степени; у 5 (12,8%) — ВЖК III степени тяжести. Гестационный возраст новорожденных колебался от 30 до 35 нед. Масса тела при рождении составляла: до 1000 гр. — 1 пациент (2,6%); от 1000 до 1500 гр. — 5 пациентов (12,8%); от 1500 до 2000 гр. 33 пациента (84,6%).

Диагноз устанавливался на основании стандартного клиничко-неврологического исследования, НСГ, КТ, МРТ, анализа состава ликвора. При определении степени тяжести кровоизлияния использовалась классификация по Rapile et al. (1978 г.). Консервативное лечение заключалось в применении диакарба и фуросемида, гемостатиков — 15 пациентов (38,5%). Интервенционное лечение заключалось в выполнении серийных люмбальных пункций у 11 пациентов (28,2%), серийных вентрикулярных пункций у 9 пациентов (23,1%), вентрикулосубгалеостомия была выполнена одному пациенту (2,6%), отсроченная вентрикулоперитонеостомия была проведена трем больным (7,7%). Гнойно-воспалительных осложнений не было. Умерло двое больных, получавших консервативное лечение: один больной умер на восьмые сутки жизни от тяжелого менингоэнцефалита на фоне внутриутробного сепсиса; смерть второго больного на седьмые сутки жизни обусловлена развитием ДВС-синдрома на фоне внутриутробного сепсиса. Обработка данных проводилась по шкале оценки качества жизни ребенка после нейрохирургической операции (Орлов Ю.А. 2002). Длительность катамнеза составила от 1 до 2-х лет.

Полученные результаты распределились следующим образом. При консервативном лечении: «хорошее качество жизни» (100—80 баллов) — 1 пациент, «удовлетворительное» (75 — 50 баллов) — 14 пациентов; «плохое качество жизни» (45 — 30 баллов) — 2 пациента. При хирургическом лечении: «хорошее качество жизни» — 3 пациента, «удовлетворительное» — 17 пациентов.

Выводы. Ранняя санация ликворной системы от крови и продуктов ее распада, уменьшая нейротоксическое воздействие их, снижает риск воспалительных осложнений, частоту развития прогрессирующей гидроцефалии, в конечном счете, способствует улучшению качества жизни данной группы пациентов. Риск развития прогрессирующей гидроцефалии тем выше, чем ранее развивается кровоизлияние и тяжелее его степень.

Качество жизни у детей первого года жизни перенесших черепно-мозговую травму

Кеворков Г.А.

Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины,
04050, Киев, ул. Мануильского, 32,
(044) 482-07-36, brain@neuro.kiev.ua

В последнее десятилетие достигнуты значительные успехи в лечении детей получивших ЧМТ благодаря внедрению современных протоколов диагностики и лечения. Травматическая болезнь у детей

первого года жизни обусловлена рядом факторов и зависит от степени тяжести травмы, анатомо-физиологических, возрастных особенностей развития ребенка.

Цель работы — изучить качество жизни у детей первого года жизни перенесших черепно-мозговую травму.

Настоящее исследование выполнено на основании анализа результатов лечения 282 детей первого года жизни с черепно-мозговой травмой. По шкале Glasgow Outcome Scale определялась тяжесть ЧМТ, учитывалась выраженность и длительность проявлений общемозговых и очаговых симптомов. Для дифференциальной диагностики степени тяжести травмы применялись методики неврологического исследования (рефлексы Бабкина, Робинсона, Бауэра, рефлексы опоры) основанные на учете степени миелинизации нервной ткани, на выявлении неврологических симптомов не характерных для разного возраста у детей грудного периода. Эффективность лечения оценивали по критерию качества жизни детей по шкале Lansky через 3—6 месяцев после травмы у 112 детей.

Результаты и их обсуждение. Выявлены симптомокомплексы характерные для ЧМТ разной степени тяжести для разного возраста у детей грудного периода

— сотрясение головного мозга, проявляется быстро проходящими общемозговыми симптомами. Очаговые — истощение рефлекса ползания по Бауэру от 3 часов до суток.

— ушиб головного мозга легкой и средней степени, — проходящие общемозговые симптомы. Очаговые — истощение рефлексов — хоботкового, асимметрия силы мышц в конечностях при исследовании рефлекса по Бауэру (1—3 ст.), рефлекса опоры (1—2 ст.),

— ушиб головного мозга тяжелой степени: определялось напряжение большого родничка в 53% до 3—5 дней. Общемозговые симптомы проявляющиеся до двух-трех недель в виде оглушения, сопора. Очаговые — истощение рефлексов — хоботкового, асимметрия силы мышц в конечностях при исследовании рефлекса по Бауэру (1—3 ст.), рефлекса опоры (1—3 ст.), моно или гемипарез (1—3 ст.).

У большинства пострадавших детей отмечалась симптоматика в виде кратковременного замирания непосредственно после травмы, двигательное беспокойство, плач, сменявшиеся на сонливость, гипото — или атонию. Рвота, повторная, в ряде случаев, многократная (в 79%). Обращало внимание формирование обширных поднадкостничных кровоизлияний, по площади занимающих область кости где имелся перелом (68%). В 73% случаев выявлено напряжение большого родничка. При НСГ исследовании диагностировалось уменьшение размеров желудочковой системы, диффузные и очаговые изменения плотности мозга, что свидетельствовало о отеке мозга,

При оценке, на момент выписки, с помощью шкалы Lansky критерии качества жизни детей (65%), неврологическая симптоматика по шкале Glasgow Outcome Scale (хорошее восстановление) и НСГ данных изменений желудочковой системы мозга (нормализация состояния желудочковой системы). Через 3—6 месяцев после травмы выявлено, — критерии качества жизни детей (61,05%), неврологическая симптоматика по шкале Glasgow Outcome Scale (хорошее восстановление) и НСГ данные изменений желудочковой системы мозга (умеренная вентрикулодилатация желудочковой системы 23%).

Для более адекватной оценки изменений ЦНС в результате ЧМТ и качества жизни для грудных детей необходимо расширять показатели нейротравматологической шкалы.

Оценка восстановлений функции после операции у детей с врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга

Хачатрян В.А., Еликбаев Г.М.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург, ул. Маяковского, 12, 8 10-7-812 273-80-96, galimjan-doc@mail.ru

Цель — предложить новый эффективный метод оценки послеоперационных результатов у детей с врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга.

Нами разработано новая методика объективизации отдаленных результатов лечения детей со спинальными пороками развития, основанной на цифровом анализе общеклинических, неврологических, рентгенологических, функциональных показателей. Обращалось внимания на наиболее выраженные нарушения функции, к которым сначала необходимо применить патогенетически обоснованное лечение. По каждому из признаков в зависимости от степени изменения того или иного показателя выставляется определенный балл (10,5,1). Итоговая оценка после лечения в целом основывается на сумме баллов, разделенной на число признаков. В зависимости от результатов клинко-функциональных методов исследования выделены 3 группы исходов: При сумме баллов от 5 до 10 (I группа) исход лечения считается хорошим, от 3,0 до 4,9 (II группа) — удовлетворительным от 1,0 до 2,9 балла (III группа) — неудовлетворительными.

I группа — полное анатомическое и функциональное благополучие

II группа — жалобы на боли при физических нагрузках и едва заметная паретическая стопа, хромота после умеренной физической нагрузки, сколиоз I степени, скошенность таза, уменьшение амплитуды движений в суставах, незначительное снижение сократительной способности мышц, силы и объема движений в суставах, гипестезия в дерматомах одного участка спинного мозга и атрофия при наличии легкой слабости в конечностях, перидическое недержание мочи и кала, уменьшение субдурального пространства в каудальном отделе позвоночника при рентгенологических исследованиях (МРТ, КТ, УЗИ, ПЭТ).

III группа — жалобы на постоянные боли в послеоперационной области, заметная паретическая стопа, постоянная хромота, переваливающаяся походка, сколиоз II—III степени, патологический вид осанки, ригидность или контрактура суставов со значительным снижением тонуса мышц за счет атрофии, гипестезия или анестезия в дерматомах двух и более участков спинного мозга, грубые атрофии и выраженная слабость в конечностях, постоянное недержание мочи и кала, фиксированный спинной мозг при нейрорентгенологических исследованиях.

Таким образом, предложенная новая методика оценки отдаленных послеоперационных результатов

лечения детей с врожденными пороками развития позвоночника и спинного мозга позволяет количественно оценить выраженность неврологических дефицитов, нарушении функции тазовых органов, костно-суставной системы и требует широкого внедрения в практическое здравоохранение.

Проблема хирургия эпилепсии

*Хачатрян В. А., Лебедев К. Э.,
Маматханов М. Р.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,
Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12;
тел. 273-80-96, e-mail: kitoza@mail.ru*

Хирургия эпилепсии подразумевает подавление проявлений заболевания посредством разрушения эпилептического очага и/или эпилептической системы или стимуляцию активности противозащитной эпилептической системы.

Проведен анализ результатов обследования 264 больных эпилепсией в возрасте от 3 мес. до 62 лет (возраст подавляющего числа больных от 3 до 17 лет) в период с 1970 по 2005 г. Проведено 567 открытых и стереотаксических, деструктивных и стимуляционных операций и ликворощунтирующих вмешательств.

В 8,2% случаев состояние больных медикаментозно-чувствительное. Оперирован 21% больных. Операция оказалась эффективной (I и II тип по Engel) у 65,4% больных. 77,2% больных с медикаментозно-резистентной эпилепсией не оперированы. Основной причиной отказа от операции являлась невозможность сформулировать показания в рамках существующей концепции. Операция оказалась не эффективной у 43,6% больных.

Ретроспективный анализ показал, что в диагностике медикаментозно-резистентной эпилепсии информативно сопоставление клинических данных с результатами ЭЭГ, КТ, МРТ, ПЭТ. Отмечается перспективность применения ЭЭГ мониторинга, использование эпидуральных, глубоких электродов, стереоэлектронцефалографии, функциональной МРТ, ПЭТ и ОФЭКТ. В хирургическом плане перспективным является расширение показаний к применению как малоинвазивных методов (селективная амигдалогиппокампотомия, гирэктомия), стереотаксических, деструктивных вмешательств и стимуляционных методов. Таким образом, на нашем материале хирургическое лечение проведено 1/5 части нуждающихся и оказалось эффективным в половине наблюдений. Вероятно, одним из путей улучшения результатов лечения медикаментозно-резистентной эпилепсии является разработка новых принципов отбора больных (возможно использование центрэнцефалической теории, реципрокных отношений внутринейрональной популяции эпистем, и др.) и создание 3—5 специальных учреждений по хирургии эпилепсии, способных осуществлять 700—1500 операций в год.

Сравнительная оценка неврологического статуса у детей со стволовыми и парастволовыми новообразованиями в зависимости от зоны вовлечения ствола мозга в бластоматозный процесс

*Ким А. В., Хачатрян В. А.,
Самочерных К. А., Данилова А. К.,
Лебедев К. Э.*

*ФГУ РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,
Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12;
тел. 273-80-96; e-mail: kitoza@mail.ru*

Цель: на основе результатов сравнительной оценки неврологического статуса у детей с субтенториальными новообразованиями распределить зоны ствола мозга по степени их функциональной или витальной значимости.

Материал и методы. Работа основана на результатах оценки хирургического лечения 370 детей до 18 лет.

Результаты. Астроцитомы и медуллобластомы составляли 2/3. Полная резекция опухоли — в 46,7% случаев, субтотальная — в 31,5%. В 39 случаях опухолевый процесс вовлекал латеральные участки нижнего треугольника ромбовидной ямки, канатчатые тела. Здесь неврологический статус после операции не отличался от предоперационного. 8 случаев с новообразованиями покрышки среднего мозга. Временная дисфункция глазодвигательных нервов в 5 случаях. В 7 наблюдениях опухоль вовлекала треугольники X и XII нервов. У всех пациентов после операции стойкие нарушения дыхания, глотания и тетрапарез. 4 умерли в ближайшем послеоперационном периоде. Из 26 наблюдений с глиомами моста в 17 случаях подход осуществлялся через среднюю мозжечковую ножку. У 10 — временное ухудшение неврологического статуса: атаксия, нистагм, контрлатеральный гемипарез. В 9 наблюдениях удаление опухоли осуществлялось непосредственно через дно 4-го желудочка: а) срединная борозда (4 случая); б) супраколликулярный треугольник (3 случая); в) субколликулярный треугольник (2 случая). У пациента из 2 группы развился стойкий двусторонний птоз, еще у одного из 3 группы — паралич отводящего нерва. Ни у одного из 9 пациентов не отмечено стойкое нарушение витальных функций после операции. Опухоли вестибуло-кохlearной области — 10 случаев. 6 из 10 пациентов имели новые неврологические симптомы: атаксия, нистагм, гипоакузия, у 2 — стойкие. В 5 наблюдениях опухоль распространялась на боковую цистерну моста. Временная дисфункция лицевого нерва в 2 случаях.

Выводы. Сравнительная оценка неврологического статуса позволила определить 3 группы зон ствола мозга: витально-значимые, функционально-значимые, функционально малозначимые зоны.

Оцінка якості життя дітей з постгеморагічною гідроцефалією, зумовленою перинатальними ураженнями ЦНС

Маруценко Л.Л., Проценко І.П., Касьянов В.О.

Інститут нейрохірургії імені акад.
А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануйльського 32,
тел. 483-96-14; e-mail: child@neuro.kiev.ua

Метою роботи було встановлення прогностичних факторів, які визначають якість життя дітей з гідроцефалією, зумовленою перинатальними пошкодженнями та розробка методики прогнозування перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Робота базується на результатах хірургічного лікування 182 дітей з прогресуючою постгеморагічною гідроцефалією. Катамнез простежено впродовж 2—17 років. Для прогнозування віддаленого перебігу захворювання виконана статистична обробка матеріалу із розрахунком інформаційного індексу та діагностичного коефіцієнта, що дозволило оцінити сумарний вплив прогностичних ознак. Шкала «якості життя» (Орлов Ю.О., 2001), яку ми використали у роботі, дозволила стандартизувати результати лікування. Так, гарна якість життя була у 53 (29,1%) дітей, задовільна — у 92 (50,5%), погана — у 37 (20,3%).

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у дітей з гарною та задовільною оцінками загальною характерною особливістю було помітне покращення якості життя впродовж першого року спостережень. Виявлена тенденція, що покращення якості життя залежить від зменшення розмірів шлуночків після операції, однак позитивна динаміка розвитку дитини може бути і без зміни об'єму мозкового плаща.

За допомогою розробленого нами програмного комплексу були встановлені прогностичні фактори, які визначають якість життя дітей з гідроцефалією, зумовленою перинатальними пошкодженнями. Погана якість життя була частіше у недоношених та перенесених новонароджених, у дітей, які народилися у тяжкій асфіксії із супутніми гіпоксично-ішемічними пошкодженнями мозку, які потребували реанімаційних заходів після народження. Несприятливими прогностичними чинниками були також перенесений менінгоенцефаліт, дефіцит маси тіла при госпіталізації, наявність рухових порушень, змін на очному дні, підвищений вміст білка в лікворі, критичний ступінь гідроцефалії. Погана якість життя частіше виявлялася у дітей, що були прооперовані з приводу прогресуючої гідроцефалії після 3 місяців життя, які мали дисфункцію шунта в перший рік після операції і у яких не зменшились розміри шлуночкової системи через рік після операції. Діагностичний коефіцієнт використовували для встановлення переважання прогностично сприятливих та несприятливих факторів. Нами виявлено, що гарну чи задовільну якість життя у дітей з постгеморагічною гідроцефалією можна очікувати в 90% випадків, якщо сумарний діагностичний коефіцієнт складає від 0 до 9 і в 98% випадків, якщо сумарний коефіцієнт понад 20. Погана якість життя може бути в 78,6% випадках при сумі діагностичних коефіцієнтів від — 10 до — 19 і в 94,1% при їх сумі менше — 20.

Таким чином, нами встановлені прогностичні фактори, які визначають якість життя дітей з гідроцефалією. Розроблено методику прогнозування гідроцефалії, яка дає можливість на основі загальноприйнятих клініко-інструментальних даних передбачити перебіг захворювання.

Исходы и качество жизни новорожденных с перинатальными внутричерепными гемorragиями

Орлов Ю.А., Касьянов В.А.

Інститут нейрохірургії імені акад.
А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануйльського 32,
тел. 483-96-14; e-mail: child@neuro.kiev.ua

Цель исследования. Оценить исходы и качество жизни детей после перенесенных перинатальных внутричерепных гемorragий.

Материал и методы. Исследование основано на анализе 136 наблюдений новорожденных с внутричерепными перинатальными кровоизлияниями находившихся на лечении в Республиканской детской клинической больнице (г. Симферополь) и детской нейрохирургической клиники Института нейрохирургии им. А.П. Ромоданова (г. Киев). В исследованной группе больных было 81 (59,6%) мальчиков и 55 (40,4%) девочек. Дети были рождены на 25—43 неделях беременности. Среди них 59 (43,4%) ребенка родились недоношенными, 75 (55,1%) — доношенными, 2 (1,5%) — переносными. После рождения 62 (45,6%) новорожденных нуждались в проведении интенсивных и реанимационных мероприятий, 39 (28,7%) находился на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) более суток. В определении степени перинатального кровоизлияния (ПИВК) использовали классификацию Papil L.A. В 11 (8,1%) случаях были выявлены ПИВК I степени, в 24 (17,6%) II степени, в 58 (42,7%) III степени, в 26 (19,1%) IV степени, в 17 (12,5%) — субарахноидальные кровоизлияния. У 79 (58,1%) новорожденных было диагностировано сочетание внутричерепных кровоизлияний с гипоксическим поражением мозга.

Результаты и их обсуждение. Для лечения массивных внутричерепных перинатальных гемorragий и их последствий у новорожденных были использованы следующие нейрохирургические методики: повторные люмбальные пункции — 39 наблюдений, вентрикулярные пункции — 19, наружное вентрикулярное дренирование — 15, пункционное удаление внутримозговых и субдуральных кровоизлияний — 9, установка ЛПШС — 51. Интравентрикулярное введение фибринолитических препаратов было осуществлено у двух больных.

Смерть наступила у 22 (16,2%) новорожденных после перенесенного внутричерепного перинатального кровоизлияния. Полное выздоровление с отмечено у 18 (13,3%) детей. Внутричерепные перинатальные кровоизлияния привели к различной степени инвалидности у 96 (70,5%) пациентов, среди которых инвалидизация была связана с развитием гидроцефалии у 55 (40,4%) больных, формированием кист головного мозга — у 24 (17,6%), и развитием церебральных рубцово-атрофических процессов — у 17 (12,5%) детей.

Выводы. Активная нейрохирургическая помощь новорожденным с перинатальными внутричерепными

кровоизлияниями позволяет сохранить жизнь 83,8% пациентов, но полного выздоровления удается добиться только в 13,3% наблюдений.

Качество жизни детей после нейрохирургических вмешательств по поводу медуллобластомы мозжечка

Шаверский А. В., Орлов Ю. А.

Институт нейрохирургии им. акад.

*А. П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского 32,
тел. 483-96-14, e-mail: shaversky@hotmail.com*

Цель. Оценка качества жизни детей лечившихся по поводу медуллобластом мозжечка.

Материалы и методы. С 1990г. по 2006г. в отделе нейрохирургии детского возраста Института нейрохирургии лечилось 289 больных с медуллобластомами мозжечка. Мальчиков было 195(67,5%), девочек 94(32,5%). Компьютерная томография проводилась в 204(70,6%), магнитно-резонансная томография в 103(35,6%) наблюдениях. Все больные были стадированы по Chang.

Результаты и их обсуждение. Всего 284 больным с медуллобластомами было выполнено 360 операций. У 283(97,9%) пациентов операции были направлены на удаление опухоли, у 6(2,1%) на установление гистоструктуры опухоли. На протяжении 30 дней после удаления опухоли умерло 43(15%) больных. Катамнез известен у 152(62,5%) больных. Средняя продолжительность катамнеза 1,6 лет, от одного месяца до 10 лет.

Длительность катамнеза 1 год — 69,2%, 2 года — 30,8%, 5 лет — 3,8% наблюдений. Качество жизни хорошая в 11,1%, средней степени в 43,7%, удовлетворительная в 44,4%, плохая в 0,8% наблюдениях. После проведенной лучевой терапии, выживание 1 год — 73,8%, 2 года — 40,8% наблюдений. Без проведения лучевой терапии длительность катамнеза 1 год — 51,8%, 2 года — 7,4% наблюдений. Исследование T стадии, как прогностического фактора у детей с медуллобластомами показало, что качество жизни лучше у больных со стадией T1, T2, T3a, чем у детей со стадией T3b, T4. Качество жизни также лучше у детей, которым проводилось тотальное удаление опухоли, и значительно хуже при выполнении частичного удаления.

Выводы. Локализация, распространение опухоли, объем удаления опухоли существенные прогностические факторы, влияющие на послеоперационное качество жизни. Учитывая полученные данные можно лишь говорить, что качество жизни несколько лучше у детей старшей возрастной группы. В нашем исследовании получены убедительные данные прогностической значимости локализации опухоли и более благоприятными можно считать стадии T1—T3a.

Перспективы улучшения качества жизни детей при гидроцефалии, обусловленной множественными ликворосодержащими образованиями

Михалюк В. С., Орлов Ю. А.

Институт нейрохирургии им. акад.

*А. П. Ромоданова АМН Украины,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32,
тел. 483-96-14, e-mail: orlov@neuro.kiev.ua*

Формы гидроцефалии, сопровождающиеся формированием изолированных кистозных образований, относятся к наиболее тяжелым формам гидроцефалии. Частота их составляет от 7% до 30% случаев гидроцефалий. Многообразие вариантов окклюзии и сочетание с гипорезорбтивным механизмом, обуславливает смертность в этой группе, достигающей 50—70% наблюдений и развитие глубокого неврологического дефицита у выживших пациентов.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения гидроцефалии, обусловленной множественными ликворосодержащими образованиями.

Материалы и методы. В исследуемой группе больных с применением эндоскопов оперировано 39 пациентов. Ликворосодержащие полости объединены и дренированы. В 24-х случаях операция закончена экстракраниальным дренированием, в 15-и случаях интракраниальным. Регресс гипертензионно-гидроцефального синдрома отмечен во всех случаях. Катамнез составил от пяти месяцев до семи лет. Регресс гипертензионного синдрома отмечен у 38-х пациентов (97,4%), неврологического дефицита у 32-х пациентов (82,1%).

Контрольную группу составили 44 пациента, которым были проведены «традиционные» оперативные вмешательства: у 19 пациентов — кранио- и кортикотомия, опорожнение кист и иссечение их стенок (в 12 случаях с имплантацией ЛШС), у 25 пациентов операции клапанного экстракраниального шунтирования. В двух случаях возникла необходимость в проведении повторного вмешательства — бивентрикулостомии. Регресс гипертензионно-гидроцефального синдрома отмечен в 42 случаях (95,5%). Катамнез составил от пяти месяцев до девяти лет. Регресс неврологического дефицита отмечен у 26-и пациентов (59,1%).

Результаты. В основной исследуемой группе в 4 случаях (10,2%) отмечены рецидивы гипертензионного синдрома, обусловленные дисфункцией ЛШС. Характерно, что в этой группе пациентов 25 ранее были проведены операции экстракраниального шунтирования, у 12 из них имели место многократные дисфункции ЛШС. В контрольной группе дисфункции ЛШС отмечены в 18 случаях (40,1%).

Выводы. Эндоскопическое шунтирование при гидроцефалии, обусловленной множественными ликворосодержащими образованиями, снижает количество послеоперационных осложнений, частоту возникновения дисфункции, что приводит к улучшению качества жизни пациентов.

Качество жизни детей, оперированных по поводу нейрохирургической патологии

Орлов Ю. А.

Эффективность лечебных мероприятий оценивается с учетом большого ряда показателей. К ним относятся, в первую очередь, общая и послеоперационная смертность, продолжительность жизни и, конечно, ее качество. Качество жизни представляет собой интегральную характеристику физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека. В настоящее время существует более 50 различных шкал оценки качества жизни пациента при различных патологических состояниях. Они основаны на качественной и количественно оценке состояния пациента, проведенной объективно врачом или субъективно пациентом. Наибольшее распространение в нейрохирургической практике получили шкала качества жизни Карнавского, шкала степени инвалидизации Ренкина и шкала исходов Глазго.

Эти шкалы лишь частично учитывают специфику поражения нервной системы и практически не адаптированы к детскому возрасту. В них также отсутствует учет особенностей самой нейрохирургической патологии поражения нервной системы и исходного состояния на момент обращения больного за медицинской помощью.

Нами предложена и многократно апробирована шкала качества жизни детей с поражениями нервной системы (табл. 1). Она нашла определенное распространение в Украине и России для оценки результатов лечения детей с нейрохирургической патологией. Шкала основана на оценке двух блоков адаптации детей к окружающей среде. Первый блок характеризует психоневрологический статус ребенка, а второй блок — степень социальной адаптации с учетом познавательной способности и возможностей обучения. Каждая качественная характеристика оценки объекта имеет количественное выражение, а сумма этих показателей отражает качество жизни пациента. Это позволяет количественно оценить качество жизни ребенка и подойти к стандартизации

результатов лечения различной патологии нервной системы у детей. Кроме того, изменения суммарного показателя качества жизни в процессе наблюдения за пациентом позволяют сделать вывод о тенденции течения болезни и реабилитационного периода.

Сумма баллов 100—80 соответствует понятию «хорошее качество жизни», когда пациент практически здоров, трудоспособен, может посещать общеобразовательные учреждения (садик, школу, институт), психоневрологический дефект не мешает нормальному образу жизни. Сумма баллов 75—50 означает «удовлетворительное качество жизни» со значительными ограничениями трудоспособности, обучаемости, необходимостью в посторонней помощи. Показатели 45—30 баллов указывают на «плохое качество жизни» и нередко требуют пребывания пациента в лечебном учреждении или на дому при постоянной помощи окружающих. Сумма баллов менее 30 соответствует практически вегетативному статусу.

Нами проведена оценка результатов лечения детей с различными нейрохирургическими нозологическими формами поражения нервной системы с учетом качества жизни.

Пострадавшие с ЧМТ в детской популяции встречаются с частотой 1,2—3 случаев на 1000 и составляют основную массу госпитализированных детей в детские нейрохирургические стационары (по стране в 2005 г. 76,5% госпитализаций). При средней частоте ЧМТ у детей равной 2‰ это составляет ежегодно около 18000 случаев, однако доступность специализированной помощи ограничена и получает ее только половина пострадавших (в 2005 г. в нейрохирургических стационарах лечилось 9884 детей с ЧМТ). Ближайшие результаты лечения детей с нейротравмой более благоприятные по сравнению с взрослыми и показатели летальности не превышают 0,3—0,4%. Результаты лечения, с учетом качества жизни, по материалу Института нейрохирургии АМН Украины за последние годы представлены в таблице 2.

Значительную часть пациентов детских нейрохирургических стационаров составляют дети с прогрессирующей гидроцефалией. Без хирургического вмешательства 75% этих пациентов погибают в те-

Таблица 1. Шкала качества жизни детей с поражениями нервной системы

Объект оценки	Качественная характеристика	Оценка (баллы)
I. Психоневрологический статус Психическая деятельность: Двигательная сфера: Речевая функция: Зрение: Эпилептические припадки:	Норма	10
	Снижение памяти и запоминания	5
	Дезинтеграция психической деятельности	0
	Норма	10
	Геми-парезы, статические нарушения	5
	Геми-паралезия, грубые статические нарушения (не ходит)	0
	Норма	10
	Афатические нарушения	5
	Отсутствие речевого контакта	0
	Норма	10
	Снижение зрения или слепота на один глаз	5
	Слепота	0
	Норма	10
	Редкие общие или частые очаговые приступы	5
Частые общие эпилептические приступы	0	
II. Социальная адаптация Семейная адаптация: Трудовая адаптация:	Полное самообслуживание	25
	Требует периодически посторонней помощи	15
	Требует постоянной посторонней помощи	5
	Не может находиться в семье	0
	Полная трудоспособность и обучаемость	25
	Ограниченная трудоспособность и обучаемость	15
	Не трудоспособен и не способен к обучению	5
	Не способен к самостоятельному существованию	0

Таблиця 2. Результати лікування 6950 дітей с ЧМТ

Характер ЧМТ	Исходы и качество жизни				
	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Вегетативный статус	Смерть
Сотрясение мозга	99,8%	0,2%	—	—	—
Ушибы мозга легкой-средней степени тяжести	79,9%	19,9%	0,2%	—	—
Ушибы мозга тяжелой степени тяжести	60,8%	20,5%	15,3%	0,6%	2,8%
Внутричерепные гематомы	76,0%	19,5%	2,9%	—	1,6%
ДАП	—	47,4%	45,5%	2,6%	4,5%
Всего:	88,5%	10,2%	0,9%	0,1%	0,3%

чение года, а оставшиеся в живых остаются грубыми инвалидами. Основным методом лечения пациентов с прогрессирующей гидроцефалией является хирургические вмешательства с использованием клапанных ликворощунтирующих систем. Результаты лечения связаны с этиологией гидроцефалии, стадией ее развития, выраженностью расширения желудочков, сохранностью мозговой паренхимы и состоянием больных перед операцией. Однако даже при критической стадии гидроцефалии, когда мозговой плащ составляет несколько миллиметров, хорошие и удовлетворительные результаты ликворощунтирующих операций составляют около 70% наблюдений. При анализе 181 ребенка, оперированных в грудном возрасте, получены вполне не плохие результаты (табл. 3). Они значительно лучше у детей с врожденной гидроцефалией, когда отсутствуют повреждения мозга в результате инфекции, гемморагии или гипоксии, у детей с не запущенными стадиями заболевания.

Таблиця 3. Отдаленные результаты (качество жизни) детей, оперированных по поводу прогрессирующей гидроцефалии в грудном возрасте

Оценка качества жизни	Частота (%)
Хорошее (100—80 баллов)	59,1%
Удовлетворительное (75—50 баллов)	24,9%
Плохое (45—30 баллов)	16,0%
Вегетативный статус (менее 30 баллов)	—

Несколько другой подход к результатам лечения детей с врожденными пороками развития нервной трубки и в первую очередь к спинномозговым грыжам. Качество жизни их определяется главным образом выраженностью дефекта развития и степенью вовлечения в патологический процесс нервных структур, что определяет исходный и последующий неврологический дефект. Нейрохирургическая помощь у больных с дефектами развития нервной трубки направлена, в первую очередь, на сохранение жизни больного при разрывах грыж, ликворе. Во-вторых, лечение направлено на создание оптимальных условий для реабилитации пациентов, сохранение или улучшение качества их жизни. Первую задачу во многом удалось решить благодаря внедрению в практику положения об urgenности хирургического лечения разорвавшихся спинномозговых грыж или их угрозе в первые 24 часа. Это обеспечило снижение частоты развития менингоэнцефалитов с 75% до 5% случаев и снижение смертности более чем на порядок. Послеоперационная смертность у детей с дефектами развития нервной трубки в Украине в 2006г. составила 2%, ранее она превышала 20%. Значительно сложнее решается вопрос улучшения качества жизни этих пациентов. Внедрение микрохирургической техники, уменьшение травматичности операций, внедрение ликворощунтирующих опе-

раций в комплекс лечения улучшает результаты, но не столь значительно. При анализе 152 пациентов со спинномозговыми грыжами установлено, что качество жизни в ближайшие годы после операции не ухудшается, не прогрессирует неврологический дефект, нет прогрессирования гидроцефалии, но определяющим является исходное состояние больного (табл. 4). У 77 из этих больных операции были urgenными, возраст детей колебался от нескольких часов до недель, в 52 наблюдениях пластика грыжевого мешка была дополнена ликворощунтирующими операциями. Послеоперационная летальность составила 4,6% и была обусловлена множественными пороками развития как нервной системы, та и других органов.

Таблиця 4. Качество жизни детей, оперированных по поводу спинномозговых грыж

Вид спинномозговой грыжи	Качество жизни (до операции/после операции)		
	Хорошее (%)	Удовлетворительное (%)	Плохое (%)
Менингоцистоцеле (18 больных)	94,4/100	5,6/0	0/0
Менингоградикулоцеле (36 больных)	36,1/75,0	53,9/25,0	0/0
Менингомиелоцеле (58 больных)	0/0	5,2/10,3	94,8/89,7
Нейрорахизис (40 больных)	0/0	15,0/37,5	85,0/62,5
Всего:	19,7/28,9	21,7/19,7	58,6/51,3

Значительно отличаются подходы к оценкам результатов лечения при онкопоражениях мозга у детей. Они оцениваются по показателям послеоперационной летальности, продолжительности безрецидивного периода, длительности выживания и качества жизни этих больных. Все эти показатели значительно отличаются в зависимости от характера опухоли и ее локализации, исходного состояния и стадии процесса, возраста больных, радикальности операции и проведенного адьювантного лечения. Примером таких отличий могут служить результаты лечения и качество жизни больных с медуллобластомами мозжечка (286 наблюдений) и глиом зрительных путей у детей (110 наблюдений), но даже внутри этих групп имеются большие различия (табл. 5). Результаты лечения и качество жизни при медуллобластомах мозжечка значительно лучше у детей старше 3 лет, при отсутствии грубого поражения ствола, при проведении после операции лучевой и химиотерапии. При глиомах зрительных путей показатели лучше при отсутствии распространения опухоли на хиазму, в гипоталамические отделы.

Проведенный анализ говорит о необходимости, с одной стороны, стандартизации показателей результатов лечения и качества жизни, а с другой стороны, о целесообразности их рассмотрения в за-

Таблиця 5. Результати лічення і якість життя дітей з медуллобластомами мозжечка і гліомами зрительних путей

Показатель	Летальность п/о	Медиана выживания	Качество жизни		
			Хорошее	Удовлетв.	Плохое
Медуллобластомы мозжечка	10%	12 месяцев	11%	44,4%	0,8%
Глиомы зрительных путей	0,9%	96 месяцев	63,6%	36,4%	0%

висимости от нозологии, возраста, стадии заболевания, радикальности операций, адьювантной, восстановительной терапии и многих других факторов.

Опыт повышения мобильности и качества жизни у пациентов со спинномозговыми грыжами после нейрохирургического лечения

Салеева А. Д., Духовский А. Э.*,

Петров В. Г., Борисов М. А.

Чернышева И. Н., Варешнюк Е. В.

УкрНИИ протезирования, протезостроения и восстановления трудоспособности, 61051, г. Харьков, ул. Клочковская, 339, тел. 337-86-10, 337-79-35, Городской Центр Детской нейрохирургии*, 61018, г. Харьков, пер. Балакирева, 3-а, ХГКБСНМП им. проф. Мещанинова А. И., тел. 343-62-55

Основной метод лечения спинномозговой грыжи — оперативная коррекция в раннем детском возрасте: при угрозе разрыва проводится в ургентном порядке первые 24 часа; без угрозы разрыва, оптимальный возраст для хирургической коррекции определяется в 2—4 месяца. Оперативное лечение носит часто только косметический характер и степень неврологического дефицита составляет М 0, S 0 (Van der Ploeg, 1984).

Цель работы: улучшение мобильности и качества жизни пациентов со спинномозговыми грыжами.

Материалы и методы: пациенты со спинномозговой грыжей первого года жизни до 18 лет.

В УкрНИИ протезирования разработан алгоритм реабилитации пациентов с вялыми парезами при помощи технических средств реабилитации: параподиум, аппарат эквивалентной ходьбы, ортезирование. Реабилитированы 11 детей со спинномозговой грыжей (менингомиелоцеле и липомиеломенингоцеле). Из них 5 детей в раннем детском возрасте были прооперированы в ГЦД нейрохирургии, 5 — в других клиниках. Один ребенок не оперирован из-за отказа родителей. Планирование реабилитационных мероприятий начинали с тестирующих программ функций опорно-двигательного аппарата и нервно-мышечной системы.

Вертикализация пациентов и обучение ходьбе осуществлялось поэтапно с помощью физических методов (по показаниям), динамического параподиума, ортезных систем с принудительным движением в аппарате эквивалентной ходьбы до выработки нового локомоторного акта. Реализация трех этапов вертикализации позволила достигнуть аппаратной мобильности у 5-ти пациентов и самостоятельной ходьбы в ортезах у остальной группы.

Результаты и обсуждение: оценка результатов хирургического лечения, мобилизации пациентов проводилась с использованием ЭНМГ и на аппаратно-программном комплексе по данным базо- и стабиллометрии, при помощи «Шкалы оценки качества жизни ребенка с органическим поражением ЦНС» (Орлов Ю. А. 2002г).

Выводы: своевременная хирургическая коррекция снижает риск возникновения различных осложнений и смертность, применение аппаратов реципрокной ходьбы и ортезы нижних конечностей позволили восстановить биомеханически правильную ось конечностей, являясь профилактикой контрактур и деформаций. Освоение навыков стояния и ходьбы детей с плегией улучшило их физическое и психоэмоциональное состояние, повысило балльные оценки качества жизни.

Т. о., представленный опыт комплексного лечения позволяет рекомендовать этапное использование технических средств реабилитации в послеоперационном периоде у детей со спинномозговыми грыжами, начиная с раннего детского возраста.

Качество жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом

Семисалов С. Я., Абашин Г. В., Болгова И. В.

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, 83110, а/я 1412, 307-81-35, serg1948@yandex.ru

Цель. Определить эффективность оперативно-го лечения травматических эпидуральных гематом у детей.

Материал и методы. Проведен анализ эффективности оперативного лечения травматических эпидуральных гематом у 16 пострадавших в возрасте от 1 до 15 лет. Все больные были мужского пола. Оценка качества жизни проводилась в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ). Всем больным перед оперативным вмешательством проводилось клинкорентгенологическое обследование, компьютерная томография или магнитно-резонансное исследование. В 14 случаях производилась костно-пластическая трепанация, а в 2 — резекционная трепанация черепа. Вся информация вводилась в специально разработанную медицинскую информационную систему «Медик-ЧМТ» и в последующем подвергалась анализу и статистической обработке.

Результаты и обсуждение. Анализ качества жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом показал, что исход лечения практически не зависел от величины гематомы и техники трепанации черепа (костно-пластическая или резекционная). Во всех случаях оперативного удаления травматических эпидуральных гематом у пострадавших детского возраста быстро наступала компенсация и изменения в статусе соответствовали умеренной инвалидизации по ШИГ.

Выводы. Оценка качества жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом в соответствии со ШИГ позволяет объективизировать изменения, наступающие после травмы и конкретизировать дальнейшую восстановительную терапию. Более высокое качество жизни выявлено у детей, имевших менее выраженные клинические проявления ушиба головного мозга.

Динамика качества жизни детей с опухольями ствольных отделов головного мозга

Вербова Л. Н., Ващенко А. В.

Институт нейрохирургии им. акад.
А. П. Ромоданова, 04050, Киев,
ул. Мануильского, 32,
483-96-14, child@neuro.kiev.ua

Цель: повышение эффективности лечения детей с опухольями ствольных отделов головного мозга и улучшение качества их жизни.

Материалы и методы: Исследование динамики качества жизни детей с опухольями ствольных отделов головного мозга проведено у 71 ребёнка с известным после выписки катамнезом (из 121 больного, лечившегося в Институте в период 1996—2005 гг.). С целью сравнения качества жизни все больные были разделены на две группы по локализационному принципу: 1) больные с опухольями среднего мозга — 33 набл. и 2) больные с опухольями каудальных отделов ствола головного мозга — 38 набл. Качество жизни сравнивалось также в группах 1) оперированных — 54 набл. и 2) неоперированных больных — 17 наблюдений (по шкале Lansky).

Результаты и их обсуждение: 1) В 1-й группе больных с опухольями среднего мозга (33 набл.) положительная динамика качества жизни отмечена в 28 наблюдениях (≈85%), во 2-й группе с опухольями каудальных отделов (38 набл.) — в 20 наблюдениях (≈52,6%). Отрицательная динамика в 1-й группе отмечена в 2 набл. (6%), во 2-й группе — в 13 набл. (≈34,2%). 2) Оперированные и неоперированные больные при первичном обращении в Институт статистически значимо различались по уровню качества жизни. Среди оперированных больных (54 набл.) положительная динамика качества жизни отмечена в 38 набл. (≈70,3%), отрицательная динамика — в 10 наблюдениях (18,5%); в группе неоперированных больных (17 набл.) — положительная динамика в 10 набл. (≈59%), отрицательная — в 5 набл. (≈30%).

Выводы: 1) Положительная динамика качества жизни отмечена в 1,6 раза больше у больных с опухольями среднего мозга по сравнению с больными с опухольями каудальных отделов ствола мозга, несмотря на отсутствие изначального различия по уровню качества жизни.

2) Динамика качества жизни у оперированных больных была не хуже, чем у неоперированных больных, несмотря на то, что изначально у большей части оперированных больных отмечался более низкий уровень качества жизни, чем у лечившихся консервативно.

Альтернативные подходы к поэтажной пластике сложных форм «открытых» спинномозговых грыж у недоношенных новорожденных

Волкодав О. В.

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского,
г. Симферополь

Современной задачей неонатальной нейрохирургии и неврологии является улучшение результатов лечения сложных форм «открытых» спинномозговых

грыж у недоношенных новорожденных. Проведен сравнительный анализ результатов 25 экстренных нейрохирургических операций у недоношенных новорожденных со спинномозговыми грыжами, выполненных в Республиканской детской клинической больнице АРК в период с 2003 по 2006 гг. У 17 больных операции произведены по традиционной технологии, у 8 — по предложенной нами методике поэтажной пластики сложных форм «открытых» спинномозговых грыж (авторское право №17679). Все новорожденные были недоношенными с минимальным весом на момент рождения 800 грамм.

Предложенный метод основан на использовании при хирургическом лечении открытых спинномозговых грыж у недоношенных новорожденных следующих основных операционных принципов: 1) послойное препарирование тканей в стороне от тканей грыжевого мешка с недопустимостью грубого выделения элементов спинного мозга и корешков из конгломерата тканей; 2) погружение «зародышевых» тканей не свернувшегося в трубку спинного мозга в спинномозговой канал с пластикой дефекта твердой мозговой оболочки подлежащими мягкими тканями или искусственной оболочкой; 3) перемещение кожно-фасциального лоскута с укрытием-герметизацией грыжевых ворот и позвоночного канала.

Выполнение хирургического лечения «открытых» спинномозговых грыж по предлагаемой методике позволяет: снизить риск экстренного нейрохирургического пособия у недоношенных новорожденных, уменьшить опасность повреждения элементов спинного мозга на этапе его выделения из конгломерата тканей грыжевого мешка, исключить нарастание неврологического дефицита в послеоперационном периоде.

Клинико-катамнестические данные (неврологические показатели через 2 года после операции) показали уменьшение числа неблагоприятных исходов, улучшение качества жизни больных при использовании предложенной методики операции. Вместе с тем, определяющим для прогноза качества жизни детей с открытыми спинномозговыми грыжами является исходный неврологический дефицит. Наш опыт позволяет рассматривать предложенный метод, как перспективный в хирургическом лечении «открытых» спинномозговых грыж у недоношенных новорожденных.

Бивентрикулярное субгалеальное дренирование как метод повышения качества жизни новорожденных

Волкодав О. В.

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского,
г. Симферополь

Актуальной задачей современной детской нейрохирургии является улучшение результатов лечения недоношенных новорожденных при окклюзионной гидроцефалии, обусловленной внутрижелудочковым кровоизлиянием (ВЖК) с двухсторонней блокадой отверстий Монро.

Нам предложен и апробирован метод бивентрикулярного субгалеального дренирования у недоношенных новорожденных, как первый этап лечения ВЖК 3—4 ст. с двухсторонней блокадой отверстий Монро (авторское право № 18211). У всех больных на фоне ВЖК прогрессировала дилатация желудочков

мозга. Выполнено 6 экстренных нейрохирургических операций в Республиканской детской клинической больнице АРК с клинико-неврологическим и инструментальным мониторингом (нейросонография, КТ головного мозга). Минимальный срок гестации новорожденных составил 26—27 недель.

Анатомо-физиологические особенности недоношенного новорожденного объясняют необходимость минимальной инвазивности лечебно-диагностических мероприятий. Разработанный метод позволяет обеспечить минимально инвазивное длительное бивентрикулярно-субгалеальное дренирование с возможностью пролонгированной санации ликвора у недоношенных новорожденных с ВЖК до завершения сроков гестации. Метод позволяет стабилизировать ликворциркуляцию, снизить риск воспалительных осложнений, приостановить и в ряде случаев добиться регрессирования постгеморрагической гидроцефалии, что минимизирует структурные повреждения головного мозга (вентрикуломегалия, атрофия мозга, поликистоз и т.д.). Пункционная методика выполнения операции уменьшает ее травматичность и длительность, тем самым улучшает неврологические показатели в послеоперационном периоде, снижает инвалидизацию. Летальных исходов в наших наблюдениях не было. У двух пациентов удалось добиться стабилизации гидроцефалии, 4 произведены клапанные ликворосунтирующие операции (вентрикулоперитонеостомии) через 10—14 недель после рождения.

Таким образом, предложенный алгоритм ведения недоношенных новорожденных с окклюзионной постгеморрагической гидроцефалией предполагает возможность их этапного лечения с трансформацией бивентрикулярного субгалеального дренирования на 37—39 неделе гестации (редуцирование герминального матрикса) в бивентрикулостомию одним из сохраненных вентрикулярных дренажей с одновременным вентрикулоперитонеальным дренированием санированного ликвора. Это обеспечивает снижение летальности, повышает качество жизни пациентов, а в ряде случаев позволяет избежать хирургического вмешательства.

Результаты лечения и качество жизни детей, оперированных по поводу синдрома «фиксированного спинного мозга»

Звонарев А. Г.

*Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины, 04050
Украина, г. Киев, ул. Мануильского, 32.
тел. 8 (044) 483-96-14,
e-mail: child@neuro.kiev.ua*

Синдром «фиксированного спинного мозга» (СФСМ) — совокупность нарушений функций спинного мозга, связанных с его перерастяжением, обусловленным патологической фиксацией. Патологическая фиксация спинного мозга в позвоночном канале, резко снижает его физиологическую подвижность при движениях позвоночника, а также мешает возрастной миграции конуса спинного мозга.

Кроме того, при механическом растяжении мозгового вещества возникают гипоксически-ишемические нарушения и даже разрыв нейрональных мембран.

Цель исследования — определение основных клинико-инструментальных признаков синдрома «фиксированного спинного мозга» у детей, обоснование сроков, показаний и объема хирургического вмешательства для улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы. Рассмотрена группа больных с синдромом «фиксированного спинного мозга», различного генеза в количестве 51 пациента, находившегося на лечении в Институте нейрохирургии АМН Украины в возрасте от нескольких дней до 20 лет, а также 35 больных с патологической фиксацией спинного мозга без клинических проявлений. Всем пациентам проводилось комплексное обследование с обязательным проведением МРТ и/или КТ головного и спинного мозга, нейросонографии, электронейромиографии.

Результаты и их обсуждение. До госпитализации в институт 20 пациентов первично было оперировано на первом году жизни по поводу дизрафических нарушений пояснично-крестцового отдела позвоночника. 17 пациентов в возрасте от 4 до 20 лет оперированы первично по поводу СФСМ. Нарастание неврологической симптоматики было отмечено в течение 1—2 лет до поступления в клинику, 6 из них были оперированы ранее по поводу ортопедической деформации конечностей и позвоночника.

Регресс болевого синдрома нами был отмечен у всех детей после операции, стабилизация или улучшение неврологических нарушений отмечалась у 90% пациентов, не отмечалось дальнейшего прогрессирования деформаций позвоночника, стоп. Ортопедическая коррекция до устранения фиксации спинного мозга требовала повторных коррекций и сопровождалась дальнейшим прогрессированием заболевания. Достаточно частым осложнением после удаления липомиningорадикулоцеле и устранения фиксации спинного мозга явились нарушения функции тазовых органов по типу задержки. Восстановление дефекации отмечалось на 3—5 сутки после вмешательства, однако больные требовали катетеризации мочевого пузыря сроком до 2—3 недель с последующим восстановлением функции. Качество жизни детей, оперированных по поводу СФСМ, либо соответствовало дооперационному, либо улучшалось до хорошего или удовлетворительного, соответственно шкале (Орлов Ю.О., 2001).

Заключение: Для своевременной диагностики СФСМ требуется учет клинических проявлений и комплексное обследование, включая КТ и МРТ. Особое внимание следует уделить наблюдению за пациентами с вторичным заживлением послеоперационных ран после операций по поводу дизрафии позвоночника и спинного мозга, которые нередко формируют синдром вторичной «фиксации спинного мозга». При своевременном выявлении признаков СФСМ у детей возможно практически полное и скорейшее восстановление возникающих нарушений функций.

Оцінка якості життя хворих після застосування методів функціональної нейрохірургії

Хирургическое лечение фармакорезистентной фокальной симптоматической эпилепсии, обусловленной грубыми очаговыми поражениями головного мозга

Черненко В.Г., Сербиненко И.А., Горбунов О.В.

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, г. Харьков, ул. Академика Павлова, 46, тел.(057)738-20-19, e-mail: aaass@mail.ru

Качество жизни больных, перенесших нейрохирургическую операцию, определяется прежде всего адекватностью и особенностями самого оперативного вмешательства и сроками его проведения.

Цель: обоснование необходимости раннего хирургического лечения больных с фармакорезистентной фокальной эпилепсией, обусловленной очаговыми поражениями головного мозга разного генеза.

Изучено 50 больных в возрасте от 4 до 54 лет, страдающих фокальной симптоматической эпилепсией, обусловленной рубцовыми изменениями медио-базальных отделов височной доли (20%), корково-подкорковой атрофией мозга вследствие перенесенных ЧМТ (30%), сосудистыми мальформациями (24%), дисэмбриоплазией мозга (2%), перенесенным инсультом (2%), новообразованиями мозга (10%), аневризмами сосудов (8%), последствиями перинатальных гипоксически-ишемических повреждений паренхимы мозга (4%). Обследование включало: клинико-неврологическое, нейровизуализационное, электрофизиологическое (ЭЭГ, ЭКоГ, ЭСКоГ), гистологическое изучение удалённых патологически изменённых участков головного мозга.

Всем больным выполнены открытые микрохирургические операции (с интраоперационным проведением кортикографического и субкортикографического контроля). Гистологически в перифокальной зоне выявлены необратимые гомогенизирующие ишемически-дистрофические изменения нейронов, реактивная пролиферация астроцитарной глии — глиоз, диспластические изменения сосудов с нарушением кровообращения.

Гистологические изменения перифокальной зоны свидетельствуют о глубоких динамических структурно-функциональных нарушениях, которые обусловлены различными механизмами влияния основного очагового процесса и комплексом базисных адаптационно-компенсаторных механизмов. Нарушаются взаимоотношения в системе нейрон—глия—капилляр, запускается комплекс молекулярных дисфункций, способствующий по сути, непрекращающейся эпилептизации нейронов перифокальной зоны, достижению критической массы нейронов-пейсмекеров, снижению активности локальных тормозных механизмов, что приводит к формированию эпилептического очага. Очевидно, что эти процессы лежат в основе формирования и фармакорезистентности. По этому, раннее хирургическое лечение таких форм эпилепсии является наи-

более адекватным и основополагающим в комплексе лечебных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни больных, поскольку позволяет избавиться от приступов или полностью контролировать их медикаментозно.

Изменение качества жизни у больных симптоматической эпилепсией после хирургического лечения

Коробко С.А., Асадуллаев У.М.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Республика Узбекистан, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcc.com.uz.

Цель: улучшить качество жизни больных с симптоматической эпилепсией.

Эпилепсия — распространенное заболевание, которое помимо судорожных пароксизмов сопровождается изменениями в психической и интеллектуальной сферах и снижением качества жизни.

Значение гипертензионно-гидроцефального синдрома в развитии эпилепсии составляет 30—90%. В связи с этим коррекция нарушений ликвородинамики является одним из методов лечения симптоматической эпилепсии, улучшающим качество жизни больных.

Материалы и методы. Представлен анализ 26 больных симптоматической эпилепсией на фоне гипертензионно-гидроцефального синдрома. Среди них у 11 пациентов с изолированными арахноидальными кистами, 15 с окклюзионной гидроцефалией. Течение заболевания у большинства из них носило прогрессирующий характер и сопровождалось нарушениями психо-эмоциональной сферы и очаговой неврологической симптоматикой.

Все больные в клинике прошли комплекс нейрохирургических обследований. Качество жизни пациентов оценивалось по шкале Орлова и у большинства составило 30—45 баллов.

При окклюзионной гидроцефалии проводилась эндоскопическая вентрикулоцистерностомия, при арахноидальных кистах—эндоскопическая кистовентрикулоцистерностомия.

Полученные результаты. У 16 больных в первый год после операции отмечалось значительное урежение приступов, из них у 3 — они регрессировали полностью, у 2 — трансформировались в абсансы. Кроме того, у 11 больных отмечались положительные изменения в психо-эмоциональном статусе в виде улучшения памяти, внимания, социальной адаптации, восстановления речевых функций. У 7 — частота приступов уменьшилась незначительно, они трансформировались в abortивные формы.

Оценка качества жизни больных после операции по той же шкале у 17 больных соответствовало «хорошему качеству жизни» (75—82 баллов), у 6 больных — «удовлетворительному качеству жизни» (70—75 баллов), у 3 больных — на прежнем уровне.

Таким образом, корекція порушень ліквородинамики у хворих симптоматичної епілепсії дозволяє значительно зменшити частоту і вираженість епісиндрома і дозволяє удосконалити якість життя хворих.

Покращення якості життя хворих на паркінсонізм після стереотаксичної кріоталамотомії

Лапоногов О.О., Костюк К.Р.

Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова АМН України, Київ, 04050, Мануїльського 32, e-mail: kostiuk@i.com.ua

Мета. Оцінити якість життя хворих на паркінсонізм після стереотаксичних операцій. На сьогодні найбільш поширеною операцією лишається вентролатеральна таламотомія. При оцінці якості життя хворих паркінсонізмом після хірургічного лікування нами використано поєднання шкали щоденної активності Шваб та Ангеланд та шкали О. Лапоногова.

Матеріали та методи. На протязі останніх 14 років в Інституті нейрохірургії прооперовано 715 хворих на паркінсонізм у віці від 23 до 72 років. Серед них 164 хворих були старші 60 років. Середня тривалість хвороби складала 5,5 років. Всі хворі приймали протипаркінсонічні препарати, у більше половини хворих спостерігалися побічні ефекти від тривалого вживання цих ліків. Стан важкості хвороби у більшості випадків оцінювався за модернізованою шкалою Хент і Яхра і складав від 3,5 до 4 балів. Виконувались: одностороння кріоталамотомія вентролатеральних ядер таламусу — 594 хворим (83%), двостороння — 121 (17%).

Результати та їх обговорення. Після односторонньої операції нормалізація м'язового тону спостерігалася у 564 хворих (95%), значне його зменшення — у 18 випадках (3%). Після двосторонньої операції м'язовий тонус нормалізувався у 105 хворих (87%) і зменшувався у 8 пацієнтів (7%), у 7 хворих (6%) після операції тонус не змінювався. Припинення тремтіння після односторонньої та двосторонньої операції відмічалось відповідно у 487 (82%) та у 88 хворих (73%), його зменшення — у 65 (11%) та 18 (15%) хворих, рецидив тремору мав місце у 42 (7%) та 15 (12%). Рівень післяопераційної летальності склав 11 хворих (1,5%). Післяопераційні ускладнення відмічалися у 42 хворих і включали розлади мови координації та пам'яті, контралатеральний геміпарез. Більшість ускладнень спостерігалася після проведення двосторонніх операцій, а також у хворих похилого віку. В середньому після операції стан хворих за шкалою Шваб та Ангеланд покращувався на 20%. До звичайного способу життя повернулося після односторонньої таламотомії 61 хворий, після двосторонньої — 14 хворих.

Висновки. Стереотаксична таламотомія є найбільш ефективною у хворих односторонньою формою хвороби, відносно молодому віці оперованих хворих, мінімальними ознаками брадикаїнезії, не вживанням високих доз левадопа препаратів. Найгірші

результати відмічалися у хворих із вираженою брадикаїнезією, судинною енцефалопатією, неконтрольованою артеріальною гіпертензією, гідроцефалією та цукровим діабетом.

Оцінка якості життя хворих на епілепсію після хірургічного лікування

Костюк К.Р., Лапоногов О.О.

Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова АМН України, Київ, 04050, Мануїльського 32; kostiuk@i.com.ua

Мета. Оцінити якість життя хворих на епілепсію після хірургічного лікування. Якість життя хворих на епілепсію після нейрохірургічних операцій має бути оцінена по двом основним параметрам, які ставляться як метою операції, а саме, припинення або зменшення частоти та вираженості епілептичних нападів, а також корекції психічних розладів у цих хворих. Післяопераційна оцінка змін частоти нападів визначається за загальноприйнятою шкалою Ангеланд.

Матеріали та методи. За останні 10 років у відділенні функціональної нейрохірургії прооперовано 380 хворих на епілепсію, в тому числі 174 дітей. Хворим проведені стереотаксичні одностороння або двухстороння кріоамігдалектомія, кріоамігдалектомія із трансплантацією ембріональної нервової тканини, одностороння гіпокампотомія, резекція скроневої частки, топектомія.

Результати та їх обговорення. Після операцій епілептичні напади припинилися (шк. Ангеланд 1) у 87 хворих (23%), причому кращі результати отримані після резекційних операцій. Рідкі напади (шк. Ангеланд 2), а також зниження їх частоти більш ніж на 75% мали місце у 194 хворих (51%). Певне зниження частоти нападів спостерігалось ще у 53 пацієнтів (14%). Напади лишалися незмінними 46 хворих (12%). Ступінь вираженості психічних розладів зменшився у 179 із 289 хворих (62%), у яких вони були виявлені. У 8 хворих (4%) вони повністю ліквідувались. У 154 хворих (75%) значно зменшувалися емоційні розлади, явища агресивності та дисфорії. У 102 пацієнтів (54%) значно покращились інтелектуальні функції. Після стереотаксичних операцій неврологічні ускладнення мали місце семи хворих у вигляді парезу окоорухового нерву, у п'яти хворих вони регресували. У одного хворого після резекції скроневої ділянки розвинувся контра латеральний геміпарез.

Висновки. Таким чином хірургічне лікування епілепсії є безпечним, припиняє або значно зменшує частоту епілептичних нападів, сприяє корекції психоемоційних та інтелектуальних розладів, що надає можливість покращити якість життя хворих та сприяти їх соціальній адаптації.

Оцінка якості життя хворих після хірургічних втручань з приводу ушкодження периферичних нервів та больових синдромів

Електрофізіологічні (ЕФ) критерії для оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування ушкоджень лицевого нерва

Чеботарьова Л. Л., Третьякова А. І., Третяк І. Б.

Інститут нейрохірургії ім. акад.

А. П. Ромоданова АМНУ м. Київ,
01050, Україна, Київ, вул. Мануїльського, 32,
тел. 483-95-35, e-mail: alia_t@mail.ru

Мета. З метою об'єктивізації оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування ушкоджень лицевого нерва (ЛН) створити систему клініко-нейрофізіологічних критеріїв оцінки функціонального стану ЛН та мімічних м'язів (ММ) на етапах хірургічного та комплексного лікування.

Матеріали та методи. Дослідження виконано у 171 хворого з травматичними ураженнями ЛН та їх наслідками, з них 44% чоловіків, 56% жінок, у віці 1 міс — 73 роки, переважали (80%) хворі 25—55 років. 18% були з наслідками ЧМТ, 62,5% — наслідки операції з приводу пухлини VIII нерва чи мосто-мозочкового кута, 4,5% — з травмою ЛН та м'яких тканин обличчя, 3% — з ятрогенним пошкодженням ЛН під час ЛОР операцій. Екстракраніальні травматичні ушкодження ЛН становили 10%, інтракраніальні — 90%. Використано методи діагностики: загальноклінічні; за показами, ретгенографія, КТ, МРТ; неврологічного дослідження з тестуванням функцій ЛН-ММ за шкалою House-Brackmann; ЕФ діагностики (ЕНМГ, голкової ЕМГ, мигального рефлексу (МР) тощо); статистичної обробки. 122 (71%) хворих отримали оперативне лікування.

Результати та їх обговорення. I ступеню за House—Brackmann (клінічно норма, умовна оцінка функції 100%) відповідали такі ЕФ показники: амплітуда М-відповіді (мкВ) 91,5—97,2%; латентний період компонентів МР R1psi 10,9±2,2мс, R2psi 33,7±4,9мс, R2contr 34,2±3,9мс. II ст.: (незначна дисфункція, 99—75%): амплітуда М 79,9%-83,4%; R1psi 12,6±1,1мс, R2psi 40,7±3,8мс, R2contr 37,7±4,5мс, постстимуляційна активність (ПСА) відсутня (-). III ст. (помірна дисфункція, 75—50%): амплітуда М 52,4—61,9%; R1psi (-) або 13,3±0,9мс, R2psi (-) або 39±4,3мс, R2contr 39,5±4,2мс; ПСА (+); синкінезія ММ (±); коефіцієнт латенцій R1psi/M >4,6; спонтанна активність ММ (±). IV ст. (виражена дисфункція, 50—25%): амплітуда М 29,4—43,5%; R1psi (-) або 14,7±0,7мс, R2psi (-) або 42,9±2,9мс, R2contr 37,5±4,7мс; коефіцієнт латенцій R1psi/M >4,6; ПСА (+); синкінезія ММ; спонтанна активність ММ. V ст. (тяжка дисфункція, 25—0%): амплітуда М 0 або 17,5—28%; відсутні R1psi, R2psi (або 45,2±2,8мс), R2contr (або 38,2±4,5мс); синкінезія ММ (±); спонтанна активність ММ. VI ст. (тотальний параліч, 0%): відсутні М-відповіді, R1psi, R2psi (в окремих випадках 40,1±4,9мс), R2contr (в окремих

випадках 39,3±3,1мс), ПСА, синкінезія та спонтанна активність ММ.

Висновки. За результатами порівняльного аналізу клініко-ЕФ даних на етапах хірургічного та відновного лікування ушкоджень ЛН систематизовано та уточнено об'єктивні кількісні критерії відповідно I—VI клінічними ступеням шкали House-Brackmann, що дозволило уточнити оцінки якості життя хворих після нейрохірургічного лікування.

Синдроми гіперактивної дисфункції черепно-мозкових нервів. Віддалені результати та функціональний стан

Федірко В. О.

Інститут нейрохірургії ім. акад.

А. П. Ромоданова АМН України, м. Київ,
вул. Мануїльського, 32, 04050, тел. 486-24-33,
e-mail: fedirkovol@ukr.net

Мета. Синдроми гіперактивної дисфункції (СГД) черепно-мозкових нервів (ЧМН) (невралгія трійчастого (ТН) та язикоглоткового (ЯН) нервів, гемілицевий спазм (ГС), Меньєроподібний синдром (МС), та ін.) складають значну проблему з огляду на функціональну дезадаптацію пацієнтів як щодо порушення працездатності, так і суттєве зниження якості життя. Методи лікування, що застосовували досі, практично не покращували ситуацію. Метою роботи є проаналізувати результати хірургічного лікування СГД у віддалений термін огляду на функціональний стан.

Матеріали і методи. В Інституті нейрохірургії за період з 1996 по 2006р. р. було прооперовано 300 пацієнтів із СГД ЧМН: 274 — з ТН, 14 — з ГС, 4 — з МС, 7 — ЯН, 12 — з артеріальною пароксизмальною гіпертензією (АГ).

Результати та їх обговорення. Віддалені результати, 1 рік і більше, після операції мікросудинної декомпресії (МСД) відповідного до синдрому черепно-мозкового нерва, чи видалення новоутворення в мосто-мозочковому куті, відомі щодо 207 пацієнтів (189 з ТН, 10 з ГС, 3 з МС, 5 з ЯН, 8 з АГ).

З 189 пацієнтів з ТН за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) розподіл був таким: 161 — «0» балів; 15 — «1—3» (з них 5 після видалення новоутворень в мостомозочковому куті); 9 — «4—6» (2 після видалення новоутворень); 2 — «7—10»; 1 помер від серцево-судинної недостатності, 1 від злоякісної пухлини внутрішніх органів у віддалені терміни. З 5 пацієнтів з ЯН: 4 — оцінено як «0», 1 помер від новоутворення через 8 міс. З 10 з ГС 9 не мають проявів гемілицевого спазму, 1 помірно виражені прояви без прийому медикаментів (випадок ГС в результаті компресії нерва ліпоною). З 3 з МС 2 мають повний регрес проявів, в 1 — знижений слух з явищами шуму. З 8 пацієнтів з АГ в 3 тиск в межах норми без прийому медикаментів (140/90мм. рт. ст.), 5 ко-

регулюють до норми гіпотензивними препаратами (до операції тиск був неконтрольований).

Висновки. Нейрохірургічне лікування направлене на усунення основного і найбільш поширеного етіологічного чинника — нейроваскулярної компресії відповідного черепно-мозкового нерва, дає високий відсоток усунення проявів СГД і змогу повернути пацієнтам попередній функціональний стан в переважній більшості випадків.

Microvascular decompression: Analysis of un-successful cases and long term outcome

Tetsuo KANNO

*Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN
TEL:+91-562-93-9253
FAX:+91-562-93-3118
E-mail: tkanno@fujita-hu. ac. jp*

Background. Microvascular decompression (MVD) is a well know surgical procedure with one of the best long term results in the therapy of trigeminal neuralgia.

It is a highly accepted and effective method in cases where vascular compression of a nerve is implicated in the pathogenesis of disease. In any surgical method applied, good outcome depends on proper diagnosis and patient selection.

Objective. To evaluate the long term results and un-successful cases of MVD in trigeminal neuralgia (TN) and hemifacial spasm (HFS), and to bring new insight about the role of case selection and surgical techniques have, in their management.

Material and Methods. The senior author (KN) analyzed approximately 900 cases of MVD: trigeminal neuralgia (313) and hemifacial spasm (587), whom he had surgically treated between 1980—2006. MVD was performed using Janetta's technique and endoscopic assistance was used in some cases. Intra-operative monitoring for facial nerve was done in all cases of HFS. The mean follow up was 10,5 years. The short and long term results were evaluated, along with the analysis of un-successful cases.

Outcome. Our results are comparable to other series published in literature.

Vascular compression was found to be the most common cause, usually the vessel being anterior inferior cerebellar artery for HFS and superior cerebellar artery in TN.

Complete short term pain relief was observed in 94% of the cases. Excellent long term results were observed in 100% cases in HFS and 92,3% in TN. There were no serious complications in our series and the surgical complications were not related to the age of the patient. The mortality rate was 0,1%. Three patients were re-operated for HFS.

Three patients had facial palsy, while 1 had mild hearing loss post-operatively, which gradually improved. Endoscope provided a clear visualization and better understanding of the lesion, leading to accuracy in surgery. Some of the most common causes for non-successful cases were: inappropriate «C» shaped skin incision; non-accurate or small craniotomy, intra operative disorientation regarding location of REZ,

excessive retraction or manipulation of the facial nerve.

Conclusion. According to our large experience with both open and endoscopic techniques, it seems that MVD is a good alternative strategy with low complication rates in comparison to ablative procedures. It is a safe and effective method of treatment. Proper surgical technique helps in reduction of un-successful cases and it should be proposed as first choice of surgery to all patients affected by trigeminal neuralgia and hemifacial spasm.

Алгоритм оценки эффективности микрохирургии поврежденных нервно- мышечного аппарата конечностей

*Лисайчук Ю.С., Гончарук. О.А.,
Павличенко Л.Н., Четверус Р.В.,
Бовкун В.Н.*

*Медицинский институт УАНМ,
кафедра хирургических болезней
(зав. проф. Скиба В.В.), КМКЛ № 1
(гл. врач Салюта Н. Е), г. Киев, 02154,
Харьковское шоссе 121, каб. 205,
тел. 561-17-42, e-mail: lisaychuk@athena.com.ua*

Цель. Предложить алгоритм оценки эффективности микрохирургии поврежденных нервно-мышечного аппарата (НМА) конечностей по схеме M0-M5 и S0 — S4 и с учетом глубины и распространенности его разрушения и вида операции.

Материалы и методы. Достижением микрохирургии последних десятилетий можно считать внедрение целого ряда новых методик, к которым можно отнести аутонейропластику, ортотопическую невротизиацию, «прямую» невротизиацию, мионевротизиацию, пересадку сложных лоскутов и мышц, шов нервов по типу конец в бок и другие. Современные методы оценки дооперационного состояния и эффективности лечения рассматривают нерв, как самостоятельную в анатомическом и функциональном плане единицу, не учитывая того, что он является звеном комплекса нерв-мышца и на возможность его эффективной работы влияет сохранность покровных тканей, и целая группа факторов, которыми мы определяли условия для регенерации элементов нервно-мышечного аппарата. По этой причине мы в нашей работе при оценке дооперационного статуса и эффективности операции рассматривали все элементы НМА, и прежде всего составляющие периферического нерва, состояние мышцы, сохранность покровных тканей. Кроме того ввели понятие «дефект», когда обязательной была пластика элементов НМА. Мы также обязательно учитывали состояния покровных тканей. Ожидаемый результат формировали с обязательным учетом вида восстановительной операции и условий для регенерации.

Результаты и их обсуждение. Оценивая результаты более 600 операций, мы выделили такой результат операции как полезное восстановление, когда оно было на M3 и S2. При этом для шва нерва это был минимальный уровень восстановления, то для, например, для прямой невротизиации его считали отличным.

Заключение. При оценке результатов операций при повреждении периферических нервов необходимо учитывать вид и глубину повреждения НМА,

вид операции, условия для его регенерации и функционирования и при этом восстановление должно быть «полезным»

Эффективность невролиза при посттравматической периферической нейропатии

Перцов В.И., Ивахненко Д.С.,
Дейниченко Ю.К.

Запорожский государственный медицинский университет кафедра медицины катастроф и военной медицины, г. Запорожье, Украина, 69000, ул. Маяковского, 26, тел.: +380679013701, факс (0612) 33-61-75, e-mail: dimaneuro@list.ru

Хроническая нейропатия при компрессионно-ишемических повреждениях периферической нервной системы возникает при продолжительной локальной болевой афферентации, развитии вторичной гипералгезии и аллодинии. Прерывание этого процесса хронизации болевого синдрома относится к трудноразрешимым задачам неврологии и нейрохирургии.

Цель. Исследовать эффективность невролиза при компрессионно-ишемических повреждениях периферических нервных стволов, сопровождающихся нейропатией.

Методы. В ходе клинического наблюдения появление нейропатии в зонах иннервации поврежденных нервных стволов отмечено у 18 больных в сроки до 1 месяца после травмы. По данным электромиографии ни у одного больного не зарегистрировано полного блока проведения по заинтересованным нервам. Интенсивность болевых проявлений оценивалась по 10-тибалльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Продолжительность наблюдений составила 18 месяцев.

Гиперпатическая боль в диапазоне 4—10 баллов по ВАШ наиболее часто сопровождала закрытые повреждения седалищного нерва — 8 случаев, реже малоберцового — 4, большеберцового — 3, срединного — 3. Для начального болеутоляющего лечения применялся инъекционный ЦОГ-2 специфический анальгетик парекоксиб натрия (Династат) и местные инъекционные анестетики. При этом регресс гиперпатического синдрома был достигнут в 10 случаях. В остальных 8 случаях отмена анальгетиков приводила к возобновлению болей превышающих 4 балла, что послужило показанием к невролизу нервных стволов в сроки от одного до двух месяцев после травмы. При хирургической ревизии были выявлены выраженные рубцово-спаечные изменения по ходу сосудисто-нервных пучков, расширение периневральных вен, атрофия нервных стволов, внутривольные кровоизлияния.

Результаты. В 6 наблюдениях ближайшие результаты хирургического лечения были положительными — 0 баллов по ВАШ. Болевой синдром возобновился у 2 пациентов, в анамнезе которых отмечено раннее систематическое применение опиоидных анальгетиков на основе трамадола гидрохлорида.

Выводы. Раннее применение безопасных ненаркотических анальгетиков и оперативное лечение, направленное на декомпрессию нервных стволов поз-

воляет останавливать механизмы, лежащие в основе появления периферической нейропатии в 89% (16 случаев из 18). Внутривольный невролиз может является методом выбора при отсутствии противоболевого эффекта НПВП, при условии, что пациент не находится в терапевтической зависимости от психотропных и наркотических препаратов.

Оценка качества жизни больных с хроническими невропатическими болевыми синдромами

Сапон Н.А., Цымбалюк В.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, 04050, г. Киев, ул. Мануильского, 32, тел. (044) 483-91-98, sapon@neuro.kiev.ua

Целью исследования было определение качества жизни больных с неврогенными болевыми синдромами в ходе проводимого лечения.

Материалы и методы. В качестве оценочного критерия использовали модифицированную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), в которой интенсивность боли оценивалась по 10-балльной системе. Выраженность болевого синдрома в 1—3 балла соответствовал умеренному снижению качества жизни. Пациенты изредка прибегали к помощи обезболивающих средств, боль не оказывала существенного влияния на выполнение профессиональных обязанностей или работы по дому. Болевой синдром выраженностью в 4—6 баллов соответствовал средней степени снижения качества жизни, что проявлялось необходимостью постоянного приема анальгетиков в возрастающих дозах и оказывало влияние на качество выполнения работы в быту и на производстве. Боль силой 7—10 баллов значительно снижала качество жизни больных, делая невозможным или существенно затрудняя выполнение профессиональных и бытовых обязанностей. Интенсивность боли заставляет пациентов прибегать к любым методам, способным снизить боль.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования 259 пациентов с болевыми нейропатиями травматического генеза умеренное снижение качества жизни отмечено у 96 больных, среднее — у 132, выраженное — у 31. Через 6 месяцев после выполнения противоболевых инвазивных вмешательств отсутствие боли отметил 101 пациент, легкие болевые ощущения — 108, боль средней степени — 45, сильную боль — 5 больных. Согласно опросу по ВАШ до операции средний уровень боли составил $6,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$), через 3 мес после выполнения противоболевых инвазивных вмешательств — $4,1 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$), через 6 мес — $2,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$).

Выводы. 1. Визуальная аналоговая шкала в модифицированном варианте обладает достаточной валидностью для определения качества жизни.

2. Предпринятые методы лечения позволили добиться повышения качества жизни у 94,9% больных.

Розширення функціональних можливостей верхньої кінцівки при тяжких ушкодженнях плечового сплетення

Третяк І.Б.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, вул. Мануїльського, 32, 04050,
тел. (044) 483-12-53,
e-mail: anna.tretyak@gmail.com

Вивчено результати лікування 148 хворих з тяжкими ушкодженнями плечового сплетення, середній вік котрих становив 31, 2 роки. Чоловіків було 133 (89,9%), жінок — 15 (10,3%). Побутова травма відмічена у 50 потерпілих (33,8%), виробнича — у 31 (21%), в інших 67 випадках (45,3%) — мала місце травма плечового сплетення в результаті дорожньої — транспортної пригоди. Тотальний варіант ушкодження мав місце у 96 випадках (64,9%), переважно верхній тип ураження плечового сплетення відмічено у 22 випадках (14,9%), 12 хворих (8,1%) було із ушкодженням переважно нижніх стовбурів та 18 (12,1%) із різними поєднаннями середнього з верхнім та нижнім стовбурів.

Оцінка ступеня неврологічного розладу у хворих із травмою нервів проводилась Ленінградською шкалою, чи за шкалою Комітету медичних досліджень (Van der Ploeg 1984) М 0—5; S 0—4; Також оцінювалась інтегральна функція кінцівки з використанням адаптованого тесту щоденної активності за схемою Американської асоціації хірургів кисті.

З метою відновлення функції верхньої кінцівки проводилось хірургічне лікування з використанням методик орто — та гетеротопічної невротизації, аутонейропластики нервів та транспозиції сухожилків та складних м'язово-шкірних комплексів.

Інтегральна функція кінцівки збільшилась на 30—60% (До S2—S3 та M3—M4). Результат суттєво залежав від характеру ушкодження структур плечового сплетення своєчасності та адекватності проведеного хірургічного лікування.

Вплив комплексного лікування карпального та кубітального тунельних синдромів на підвищення якості життя хворих.

Цимбалюк В.І., Цимбалюк Ю.В.

Інститут нейрохірургії АМНУ
ім. А.П. Ромоданова, м. Київ

Мета. Підвищення якості життя у пацієнтів з карпальним та кубітальним тунельними синдромами.

Матеріали та методи. В клініці відновної нейрохірургії було прооперовано 46 пацієнтів з кубітальним та карпальним тунельними синдромами.

Пацієнти були розділені на дві групи: перша (20 пацієнтів), в якій в післяопераційному періоді до загального відновного лікування додатково призначався препарат нейромідин внутрішньом'язово по 1мл 1,5% розчину, двічі на добу — 10 дб та в подальшому по 1 таблетці тричі на день — 20 дб. Друга (26 пацієнтів) група, контрольна, в якій

пацієнти отримували традиційну відновну терапію (електростимуляцію, парафін-озокерит, фонофарез вітаміни групи В). В процесі лікування хворі спостерігались та проходили електронейроміографічні обстеження.

Результати та їх обговорення. Нами отримано такі результати (спостереження в катамнезі до шести місяців після оперативного втручання): першими регресували симптоми чутливих розладів від S 1—2, до S 3—4, пізніше, через 3—6 тижнів відновлювалась рухова функція кінцівки від M 2—3 до M 4—5. Порівняно з другою групою в першій відновлення втрачених функцій відбувалось на два-три тижні раніше ніж у контрольній групі. Відсоток хороших результатів — там де відновлення спостерігали до рівня S 3—4 та M 4—5), склав в першій групі 65%, задовільних — 40% (до рівня S 2—3 та M 3—4), без змін — 5%. В контрольній групі хороші результати спостерігали в 56%, задовільні в 36%, без змін — 8%.

Висновки. Таким чином застосування нейромідину в комплексному лікуванні пацієнтів з тунельними невротіями ліктового та серединного нервів, дає змогу підвищити якість життя хворих. Відсоток позитивних результатів (хороший ступень відновлення до рівня M 4—5, S 3—4 — 65% та 56% в контрольній групі, задовільний відповідно до рівня S 2—3, M 2—3 — 40% та 36%, без змін — 5% та 8%); — застосування нейромідину дало змогу відновити функцію ураженої кінцівки в середньому на два тижні раніше, ніж у контрольній групі.

Восстановительное лечение больных с последствиями травматического повреждения периферической нервной системы

Вербицкая Г.Д., Касьянов В.А.,
Корченков И.С., Зинченко В.Г.,
Кузьмищенко Ю.В.

КРУ «Клиническая больница
им. Н.А. Семашко», ул. Киевская, 69,
г. Симферополь, АР Крым, 95017,
тел. 8 0652 24-75-89, 24-74-24,
e-mail: kasyanovv@ukr.net

Цель. Повышение качества жизни больных с последствиями травм периферических нервов с использованием восстановительного лечения в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Работа основана на результатах лечения 132 пациентов с последствиями повреждения периферических нервов в разные сроки (от 6 ч до 9 мес) после травмы.

Результаты и их обсуждение. При травматических невротиях во время операций применялось субэпинеуральное введение нейромидина и лидазы в окружающие рубцовые ткани. В послеоперационном периоде всем больным проводилось медикаментозное лечение (берлитион, нейромидин, витамины, сосудистые препараты, рассасывающие средства), применялись физиотерапия, электростимуляция, электрофорез, магнитотерапия, а также санаторно-курортное лечение. Эффективность восстановительного лечения зависела от характера и уровня поражения, количества поврежденных периферических нервов, времени, прошедшего после травмы.

Состояние пациентов до и после лечения оценивали по шкале Комитета медицинских исследований (КМИ) (Van der Ploeg, 1984) и по шкале социально-психологической адаптации (СПА).

Заключение. Согласно результатов исследования, количество пациентов с выраженным неврологическим дефицитом в результате травм периферических нервов (M — 0-1, S — 0-1 по шкале КМИ) после проведенного нами комплексного лечения уменьшилось с 43,9 до 14,4%, у 74 больных практически нормализовались двигательная и чувствительная функции; также возрос (с 77,2 до 92,4) процент больных с высоким и средним уровнем СПА. Менее благоприятные результаты были получены при высоком и множественном повреждении структур периферической нервной системы — у 18,9% больных имело место незначительное восстановление двигательной и чувствительной функций (по шкале КМИ от M — 0-1, S — 0-1 до M — 1-2, S — 1-3), у 7,6% после комплексного лечения изменений в неврологическом статусе не отмечено. Соблюдение принципов комплексного лечения и реабилитации у пациентов с последствиями травматического повреждения периферических нервов позволяет у большинства из них добиться восстановления нарушенных функций, профессиональной деятельности, социально-психологической адаптации и, следовательно, качества жизни.

Индуктотермофорез хондропротектором в комплексном лечении больных с хроническим болем у спины

*Жданова В. М., Трибель О. В.,
Богомаз Г. І., Грабарчук О. Ю.*

*Институт нейрохирургии им. акад. А. П.
Ромоданова АМН Украины, м. Киев, 04050, вул.
Мануйльського, 32, т. 484-18-75, E-mail: brain@
neuro.kiev.ua*

Мета роботи. Визначити ефективність індуктотермофореза хондропротектором в комплексному лікуванні пацієнтів з хронічним болем у спині.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 62 хворих. У 38 пацієнтів (основна група) в комплексі лікування застосовувався індуктотермофорез хондропротектором. Групи формувались таким чином, щоб розподіл по вираженості клінічних проявів, віку та статі були ідентичними. По даним МРТ у 6 хворих виявлені грижі міжхребцевих дисків на рівні LIII-LIV, у 17 — LIV-LV, у 39 — LV-SI, медіанна — 17 парамедіанна — 36, форамінальна — 9. Інструментом оцінки динаміки лікування була Шкала оцінки болю, функціонального та економічного статусу при хронічному болю в спині (Assesment of Pain, Functional and Econovsc Status in Chronic Back Patients).

Результати та їх обговорення. На початок лікування оцінка порушень життєдіяльності у всіх хворих сумарно виражалась 9-10 балами. При динамічній оцінці вираженості больового синдрому, побутової та соціальної активності відмічено достовірне покращення показників у хворих основної контрольної груп. Однак, при застосуванні індуктотермофореза в комплексному лікуванні відмічено, що больовий синдром регресував швидше і в більшій мірі у хворих основної групи, позитивна динаміка спостерігалась з 3-4 дня лікування. В контрольній групі аналогічні зміни були на 5-7 день. В кінці лікування порушення життєдіяльності сумарно виражалось 2-3 балами, що оцінювалось, як дуже хороший результат у 5 хворих основної та у 1 - контрольної групи; 4-5 балами - хороший результат - відповідно у 19 та у 14 пацієнтів; 6-7 балами - задовільний - у 15 та 8.

Висновки. Індуктотермофорез хондропротектором рекомендовано призначати в комплексному лікуванні хворих з хронічним болем у спині. Він сприяє зменшенню вираженості больового синдрому, покращує побутову та соціальну активність.

Міждисциплінарні аспекти оцінки якості життя хворих

Сравнительная оценка эффективности различных методов краниocereбральной гипотермии

Акмалов А. С., Шаматов А. Ш.

Республиканский научный Центр нейрохирургии, кафедра анестезиологии и реаниматологии ТМА, Республика Узбекистан, 100000, Ташкент, ул. Каблукова, 5, katiev@bcs.com.uz

Целью нашей работы явилось изучение эффективности различных методов КЦГ.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 41 больной тяжелой ЧМТ. Все больные поступали в коматозном состоянии (по ШКГ ≤ 8). Больные условно были разделены на 2 группы. Первая группа 21 больной, которым проводили традиционную КЦГ с обкладыванием головы пузырями со льдом, вторая группа 20 больных, которым применяли предлагаемый нами метод экстракорпоральной КЦГ, т.е. кровь забирали из бедренной артерии, пропускали через теплообменник и охлажденную кровь с помощью роликового насоса вводили в сонную артерию. Температуру измеряли с помощью электронного термометра — в прямой кишке, в наружном слуховом проходе и в эпидуральном пространстве, куда термодатчик имплантировали через фрезевое отверстие. Исследовали в артериальной и оттекающей из мозга крови перекисное окисление липидов (МДА), лактат, пируват, pO_2 , pCO_2 , pH.

Результаты исследования. Результаты наших исследований показали, что у больных 1 группы температура головного мозга снижается очень медленно. Температурная разница между головным мозгом и телом не превышала 1,0 °С. У больных 2 группы через 10—12 мин от начала сеанса отмечалось снижение температуры в эпидуральном пространстве до 30 °С, а температурная разница между головным мозгом и прямой кишкой составляла 4—5 °С. С помощью этой методики нам удалось снизить температуру мозга до 27 °С, при этом температура тела оставалась не ниже 32 °С.

На фоне перфузионной КЦГ наблюдалось улучшение кислородного баланса мозга, а также снижение длительности коматозного состояния, отмечалось уменьшение неврологического дефицита по сравнению с больными 1 группы.

Заключение. Охлаждение головного мозга через наружные покровы головы мало эффективно. Применение предлагаемой нами экстракорпоральной методики КЦГ приводит к быстрому и более эффективному снижению температуры мозга. У больных отмечается уменьшение длительности комы, что в свою очередь приводит к снижению койка дней в реанимации и в стационаре. А так же уменьшению неврологического дефицита у больных тяжелой ЧМТ, что несомненно отражалось на качестве жизни пострадавших.

Анализ эффективности применения способа ранней реабилитации в остром периоде повреждения головного мозга у нейрореанимационных больных

Благоразумова Г. П., Руслякова И. А., Иванова Н. Е., Соколова Ф. М., Джабарова Л. Б., Фадеева Т. Н., Олюшин В. Е., Руслякова И. А.

ФГУ Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург, 191104, ул. Маяковского, 12, 273-80-67, e-mail fed@admiral.ru.

Раннее восстановление нарушенных стволовых функций в остром периоде повреждения головного мозга определяет тяжесть течения и исход заболевания. Существующие методы лечения способны лишь корректировать витальные функции до определенных пределов, пролонгируя время до восстановления саморегуляции диэнцефальных и каудальных отделов ствола мозга. Предлагаемый оригинальный способ ранней реабилитации позволяет осуществить неспецифическую активацию стволовых структур в целом, с возможностью тренинга двигательных рефлекторных актов стволового уровня, в том числе акта дыхания.

Целью исследования стала оценка эффективности применения оригинального способа ранней реабилитации у больных в остром периоде повреждения головного мозга.

Проведен анализ результатов лечения 115 больных с выраженными нарушениями сознания (сопор — кома I) в фазе субкомпенсации стволовых структур головного мозга. У 60 больных основной группы использован оригинальный способ коррекции стволовых дисфункций, в максимально ранние сроки, базирующийся на рефлексотерапевтическом воздействии на аккупунктурные точки лица и воротниковой зоны в сочетании со специальной методикой, восстанавливающей двигательные рефлекторные акты стволового уровня.

На фоне применения способа в основной группе уже к 3—5 суткам отмечали тенденцию к стабилизации диэнцефальных функций, различия между группами по уровню сознания, восстановлению спонтанного дыхания, функции глотания достоверно возрастали, в пользу основной группы больных. Анализ клинически значимых осложнений выявил увеличение числа нейродистрофических осложнений в контрольной группе, по сравнению с основной. По шкале исходов Глазго средний балл у больных основной группы при выписке из стационара был достоверно выше и соответствовал умеренной несамостоятельности, тогда как в группе сравнения был ближе к тяжелой несамостоятельности.

Применение предложенного способа в остром периоде повреждения головного мозга позволяет в более короткие сроки стабилизировать диэнце-

фальные функции, способствует более быстрому восстановлению адекватного спонтанного дыхания, улучшает уровень сознания и нормализует акт глотания. Применение способа позволяет уменьшить количество нейроцифральных осложнений и улучшить общий исход заболевания.

Досвід використання моніторингу внутрішньочерепного тиску у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою

Дзяк Л. А., Зорін М. О.,
Сірко А. Г.

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровська обласна
клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова,
пл. Жовтнева 14., Дніпропетровськ, 49005,
8-0562-7135113, neurosirko@ua.fm

Мета. Провести аналіз ефективності та безпечності використання моніторингу внутрішньочерепного тиску (ВЧТ) у хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ).

Матеріали та методи. Проведено аналіз ефективності використання моніторингу ВЧТ у 20 хворих з ТЧМТ, що знаходились на лікуванні у відділенні нейроанестезії Дніпропетровської обласної клінічної лікарні в 2006—2007 роках. Моніторинг ВЧТ проводили хворим з оцінкою 4—7 балів за шкалою ком Глазго та наявністю патології на комп'ютерних томограмах (гематоми, вогнища забою). Вимірювання ВЧТ проводили паренхіматозними (14 випадків) та вентрикулярними (6 випадків) датчиками на моніторі Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany). Дана система моніторингу відноситься до пневматичних систем вимірювання ВЧТ. Система складається з резервуару, що заповнений повітрям (об'єм 0,05—0,1 мл) та з'єднаний з електронним перетворювачем за допомогою поліуретанової трубки. Перетворювач тиску, процесор і компресор інтегровані в монітор вимірювання ВЧТ. Слід відзначити одну з позитивних властивостей монітору — щогодинне автоматичне калібрування нульового тиску у відповідності з атмосферним тиском. Автоматичне калібрування при включенні дозволяє також від'єднувати датчик від монітору (наприклад при транспортуванні хворого). За допомогою інтерфейсу RS232 монітор ВЧТ з'єднували з персональним комп'ютером, що дозволяло візуально оцінювати форму хвилі, зберігати і опрацювати отримані дані.

Результати та їх обговорення. При відсутності технічних труднощів встановлювали вентрикулярні датчики, що дозволяло не тільки вимірювати ВЧТ, але й проводити корекцію при його зростанні. Слід зазначити, що будова вентрикулярного датчика дозволяє вимірювати ВЧТ інтрапаренхіматозно. Паренхіматозні датчики встановлювали при наявності вузьких шлуночків мозку, що були здавлені та зміщені внаслідок вираженого набряку мозку. У хворих з внутрішньочерепними гематомами та контузійними вогнищами, що підлягали видаленню, встановлення датчика проводили першим етапом, що дозволяло контролювати ВЧТ під час операції, визначати декомпресійний ефект кожного з етапів операції та всієї операції в цілому. Лікування 17 хворих включало ранню евакуацію гематом та контузійних вогнищ, що зумовлювали стиснення мозку та об'ємний вплив на нього.

Корекція внутрішньочерепної гіпертензії в післяопераційному періоді була основана на двох принципах: дії від простого до складного та чіткому обґрунтуванні кожного кроку зростання агресивності інтенсивної терапії. За рахунок підняття головного кінця, усунення причин, що порушують венозний відтік із порожнини черепа, боротьби з гіпертермією, усунення рухового збудження та судомних проявів, підтримання адекватного церебрального перфузійного тиску, підтримання адекватної оксигенації, усунення гіперкапнії, в більшості випадків вдавалося нормалізувати ВЧТ. Якщо перелічені компоненти інтенсивної терапії не призводили до нормалізації ВЧТ, проводили контрольне КТ-дослідження для виключення відстрочених гематом і вогнищ забою, та застосовували наступні методи: при наявності вентрикулярного датчика проводили парціальне виведення ліквору в стерильну закриту систему; болюсне введення манітолу; помірну гіпервентиляцію. Якщо, незважаючи на вказані заходи, ВЧТ залишався високим чи наростала дислокаційна симптоматика, використовували більш агресивні методи: барбітуровий наркоз, декомпресійну краніотомию.

Тривалість моніторингу ВЧТ становила від 4 до 14 діб. Датчик видаляли при позитивній динаміці в неврологічному стані хворого, позитивній динаміці за результатами контрольного КТ-дослідження та показниках ВЧТ на протязі 24 годин менше 20 мм. рт. ст.

При застосуванні паренхіматозних та вентрикулярних датчиків жодного випадку інфекційного чи геморагічного ускладнення відзначено не було. Також не спостерігали випадків самостійного видалення датчика, пошкодження балону чи катетеру.

Висновки. Використання вентрикулярних та паренхіматозних датчиків для монітору Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany) — ефективний і безпечний метод контролю ВЧТ у хворих з ТЧМТ.

Вплив раннього ентєрального і парентерального харчування на перебіг посттравматичного періоду у хворих з важкою ЧМТ

Фрончко В. П., Колихан В. П.,
Іванюшко В. Л., Вознюк В. Л.

Луцька міська клінічна лікарня,
м. Луцьк, 43025, пр. Відродження, 13,
тел. 5-25-61, e-mail: cholm@ua.fm

При важкій ЧМТ летальність пов'язана не лише з пошкодженням нервових структур, але й з ускладненнями, що розвиваються на фоні вираженої білково-енергетичної недостатності.

Метою роботи є обґрунтування доцільності і необхідності застосування раннього ентєрального і парентерального харчування у хворих з важкою ЧМТ, вивчення впливу на неврологічний прогноз, летальність чи довгострокове виживання і якість життя.

Матеріали та методи. Обстежено 28 хворих з важкою ЧМТ. Серед них 24 (85,7%) — чоловіки, 4 (14,3%) — жінки. Вік від 19 до 45 років. У всіх пацієнтів діагностовано важку ЧМТ, забій головного мозку важкого ступеня. В залежності від типу живлення

хворих поділено на: основну (13 осіб) і контрольну (15 осіб) групи. Пацієнти основної групи отримували ранне зондове ентєральне (сумішню Берламін) і парентеральне (Аміноплазмаль Е 10%, Сорбілакт, Ліпофундин 10% МСТ/МЛТ, Глюкоза 10%) харчування. Хворі контрольної групи отримували лише Берламін.

Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою Hunt-Hess, стан свідомості за ШКГ, вираженість неврологічних розладів за шкалою Всесвітньої Федерації нейрохірургічних товариств. Наслідки ЧМТ оцінювали за шкалою наслідків Глазго. Критерії оцінки враховували фізичний, неврологічний і поведінковий стан пацієнта.

Результати та їх обговорення. На момент виписки із стаціонару лише у 15,3% пацієнтів основної та 6,7% хворих контрольної групи спостерігався незначно виражений неврологічний дефект. 33,3% пацієнтів контрольної групи і 23% пацієнтів основної виписані з важкими функціональними розладами, що в подальшому може завершитись стійким вегетативним станом або поступовим покращенням. Помірні функціональні розлади зафіксовані у 30% хворих основної і 20% контрольної груп.

Летальність в основній групі склала 30,77%, в контрольній — 40%.

Висновки: застосування раннього ентєрального і парентерального харчування у хворих з важкою ЧМТ є виправдане, оскільки дозволяє адекватно проводити білково-енергетичну корекцію, зменшує летальність, покращує якість життя у віддаленому періоді.

Neurostimulation for patients in vegetative state

Tetsuo KANNO

Fujita Health University, Japan,
Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN
TEL:+91-562-93-9253
FAX:+91-562-93-3118
E-mail: tkanno@fujita-hu.ac.jp

We have developed a new treatment for patients in vegetative state since 1986. Dorsal column stimulation had been used for the treatment of spasticity, motor disorders, epilepsy, etc. We first used this stimulation for the treatment of spasticity, but during that treatment we accidentally found this stimulation to increase the activity and cognition of these patients. It led to the usage of similar stimulation for a treatment of vegetative state.

The neurostimulation was performed in 214 cases so far, all of which satisfied the definition of the persistent vegetative state (awake, but no cognition, at least more than 3 months). Out of these cases, 25% resulted in excellent response, 52% resulted in a positive and in 22% — the treatment was non-effective.

Available data show a spontaneous recovery rate from vegetative state around 5%. Our long-term results surely indicate a better outcome than the natural course.

There have been several basic studies regarding the action mechanisms of the stimulation, such as the increase of γ -CBF, the enhancement of catecholamine metabolism, increase of the acetylcholine, etc. by the stimulation.

The clinical indications for stimulation in vegetative state are focused on those case, where more favorable results can be observed, as in a condition of traumatic origin, young patients, absence of large low density areas on CT, and a γ -CBF more than 20ml/min/100gm. According to these characteristics, the severity in persistent vegetative state cases can be graded, although all of them satisfy the common clinical definition completely. We are now trying to make a grading of PVS according to the γ -CBF, CT image and Tensor imaging of the limbic system.

The data and the cases will be shown.

Хирургический доступ к внутрижелудочковым менингиомам головного мозга

Кариев М. Х., Алимов Р. А., Алимов Д. Р.

Республиканский Научный Центр
Нейрохирургии МЗРУз.

100000, Ташкент, ул. Каблуква 5,
(+99871) 1341585, kariev@bcs.com.uz

Внутрижелудочковые менингиомы считаются довольно редким заболеванием и составляют 0,5—4,5% всех менингиом. В виду того, что внутрижелудочковые менингиомы в большинстве случаев доброкачественны и резистентны к лучевой и химиотерапии, основной метод их лечения — хирургическое удаление.

Данному заболеванию обычно подвержены лица преимущественно старше 30 лет, причем женщины — в 2 раза чаще мужчин. Появление неврологической симптоматики, как правило, обусловлено вентрикуломегалией вследствие окклюзии ликворопроводящих путей либо в результате воздействия опухолевого узла на прилежащие зоны мозга.

Медленный рост менингиом объясняет часто длительный бессимптомный анамнез даже при опухолях больших и гигантских размеров.

Точный топический диагноз, исходную зону роста, размеры, васкуляризацию опухоли и ее взаимоотношения с прилежащими анатомическими образованиями позволяют установить КТ-, МРТ-, и МР-ангиография.

Материалы и методы. В нашей клинике в период с 2000 по 2006г. прооперированны 134 больных с интравентрикулярными менингиомами, из которых значительная часть расположена в области боковых желудочков. 63 больным применяли подход к опухоли через верхнюю теменную область. Преимуществами этого доступа низкий риск развития зрительных нарушений в послеоперационном периоде. 34 больным проводили трепанацию затылочной доли при гигантских менингиомах бокового желудочка, распространяющихся в задний рог. У этих больных отмечалось гомонимная гемианопсия. К менингиомам, расположенным в области переднего рога бокового желудочка 37 больным проводили фронтальный доступ.

Результаты и обсуждение. Послеоперационное внутрижелудочковое кровотечение — наиболее грозное осложнение, способное привести к гибели больного. Кровотечение обусловлено недостаточным контролем за состоянием гемостаза в ходе операции, нарушением венозного дренажа, следствием чего может явиться инфаркт перифокальной зоны и кровоизлияние в ложе удаленной опухоли.

Выводы. При адекватном хирургическом подходе в значительной степени способствует снижению частоты послеоперационных осложнений, улучшению качества жизни оперируемых больных.

Развитие нейрохирургии в Крыму в послевоенные годы

*Касьянов В. А., Вербицкая Г. Д.,
Дышловой В. Н., Игнатенко В. П.*

*Симферополь, Крымское Республиканское
Учреждение «Клиническая Больница
им. Н. А. СЕМАШКО», Республиканский
нейрохирургический центр*

Одна из самых современных и в тоже время древних профессий — нейрохирургия — не обошла своим вниманием Крым. В послевоенное время здесь лечились, обретая здоровье, раненые и пострадавшие в Великой Отечественной войне (курортах Крыма и госпиталях). Консультантом в Симферополе работал военный хирург Калужский А.Л.

В 1953 г. в Крым была направлена группа профессоров, среди которых была нейрохирург профессор В.Л. Лесницкая из г. Ленинграда. Научная деятельность и талант, которой смогли создать в Крыму нейрохирургическую школу.

Вначале при хирургическом отделении были размещены нейрохирургические койки и приняты на работу первые клинические ординаторы Воробьев Ю.А. и Собещанский Г.В. Началось восстановление разрушенного войной здания, где впоследствии открылось отделение на 30 коек. Руководила отделением нейрохирургии бывший военный нейрохирург Н.Е. Воробьева, затем на этом посту ее сменили Собещанский Г.В., Пошерстник Л.С., Баранов М.А., Дышловой В.Н. . Благодаря настойчивости и таланту не только как нейрохирурга, но и архитектора проф. Лесницкой В. Л был составлен проект и воплощено в жизнь строительство нового здания нейрохирургического отделения на 85 коек в 1980г.

Отделение пополнилось новыми кадрами, влюбленными в свою профессию и отдающие весь свой энтузиазм молодости на освоение профессии и усовершенствование в ней, такими, как Вербицкая Г.Д., Воробьев Ю.А. . Несколько позже начали плодотворную работу талантливые, преданные делу нейрохирургии Зинченко В.Г., Корченков И.С., Кузьмищенко Ю.В. После развала СССР отделение переживало не лучшие свои годы, но смогло сохранить свой основной кадровый состав.

В 1996 году был организован Республиканский нейрохирургический центр на 81 койку с отделениями нейрореанимации, экстренной нейрохирургии и плановой нейрохирургии. По возможности отделение было укомплектовано новой аппаратурой — ЭхоЭС, СКТ, более современным оснащением операционных, что помогало расширить возможности хирургического лечения больных. Осваивались новые методики медикаментозного лечения при черепно-мозговой травме, травмах периферических нервов, новые методики оперативных вмешательств при травмах позвоночника и спинного мозга, при остеохондрозах.

В настоящее время одним из приоритетных направлений является разработка и внедрение современных диагностических и лечебных мероприятий

при цереброваскулярной патологии, в рамках принятой Республиканской Программы по кардио — и цереброваскулярной патологии, в разработке и реализации которой нейрохирурги Крыма приняли самое активное участие.

Первым руководителем центра был профессор В.В. Могила, а затем с 2003 года В.А. Касьянов, который в настоящее время является заведующим Республиканским нейрохирургическим центром, главным нейрохирургом МЗ АР Крым, председателем Ассоциации нейрохирургов Крыма.

Благодаря большому административному таланту В.Л. Лесницкой были созданы и открыты отделения в Ялте, Керчи и Севастополе. Несколько позже нейрохирургические койки открыты в Евпатории, Саках, Феодосии, Бахчисарае, Алуште, Красноперекопске. При детской Республиканской больнице открыты нейрохирургические койки (1996 г).

В настоящее время в Крыму работает 37 нейрохирургов, из них трое — к. м. н., 14 врачей высшей категории, из них один заслуженный врач Украины. Нейрохирургами Крыма осуществляется экстренная и консультативная и оперативная помощь в городах и районах Крыма (более 300—400 вызовов в год) и в санатории им. Н.Н. Бурденко г. Саки (спинальная патология).

Нейрохирурги Крыма активно участвуют в конференциях, съездах, симпозиумах, не только республиканских, но и международных, что помогает нейрохирургам быть в курсе всех современных методов лечения больных, применять новые методики лечения и оперативных вмешательств.

Анализируя богатую историю, видя много активных, талантливых молодых нейрохирургов, жадно перенимающих опыт и лучшие традиции нейрохирургической школы, можно с уверенностью смотреть в будущее крымской нейрохирургии.

*Главный нейрохирург МЗ АР Крым
В. А. Касьянов. 02.04.2007г.*

Гидроцефалия (симптом, синдром, заболевание). Проблемы диагностики и лечения

Хачатрян В. А.

*ФГУ РНХИ им. проф. А.Л. Поленова,
Санкт-Петербург, 191014, Маяковского, 12;
тел. 273-80-96, e-mail: kitoza@mail.ru.*

Материал и методы. Проведен анализ исходов 2416 операций 1600 больным с гидроцефалией в возрасте от 2 нед. до 69 лет.

Результаты. Установлено, что на ранних этапах развития гидроцефалии ведущим в патогенезе является первопричина, обуславливающая гипертоническую спинномозговую жидкости (СМЖ), окклюзию ликворных путей или, реже, гиперсекрецию СМЖ. Биомеханические свойства краниоспинальной системы (КСС) ближе к нормальным, этиопатогенетическое лечение обычно эффективно. На поздних этапах развития заболевания на фоне деформации ликворных полостей, снижения эластичности КСС формируется патологическая система, в основе которой лежит транзиторная окклюзия ликворных путей и синусов твердой мозговой оболочки, снижение перфузионного давления мозга, облитерация субарахноидальных щелей, которые функционируют

Протекция когнитивных функций в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы

Клигуненко Е. Н., Емельянова Е. А.

Днепропетровская государственная
медицинская академия,

КУ «Городская клиническая больница №2»,
г. Кривой Рог, 50056, пл. 30-летия Победы, 2,
8 0562 27-17-85, 8 0564 65-15-84,
e-mail krb2kev@mail.ru

Цель работы. Изучить влияние комбинированной цитопротекторной терапии в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы (ОТЧМТ) на полноту последующего восстановления когнитивных функций.

Материалы и методы. Мы наблюдали 140 больных, средний возраст — 39,1 лет. Критериями включения больных были: уровень сознания, время от момента травмы, возраст, наличие открытой ТЧМТ. Оценивалась длительность нахождения в коме, восстановление когнитивных функций и восстановление трудоспособности. В зависимости от особенностей цитопротекторной терапии, больные были разделены на 3 группы. В 1 группу вошли пострадавшие с ТЧМТ, которым проводилась стандартная интенсивная терапия с использованием ноотропов (пирацетам по схеме: от 12г до 4,6г в сутки). Больные 2 группы получали ноотропы в той же дозе и перфторан в дозе 1,5—2 мл/кг в сутки. Третья группа больных — в комплексе интенсивной терапии получала цитиколин от 2г в сутки по схеме (Сомазина) и Перфторан в дозе 1,5—2 мл/кг в сутки. У больных при поступлении, на 1, 3, 5, 7, 28—30 сутки и через 6 месяцев после травмы оценивали расстройств сознания, амнезию, уровни Когнитивных Функций, состояния мышечного тонуса и мышечной силы в паретичных конечностях (Шкала Спастичности Ашфорт и 6-бальная Шкала Оценки Мышечной Силы) нарушения речи, а также Шкала Исходов ЧМТ.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что в первой группе летальность составила 40,9%. Длительность коматозного периода составила в среднем 10 суток. Восстановление мышления, памяти, речи происходило к 28 суткам. Через 6 месяцев возврата к трудовой деятельности не имел не один больной. Во 2 группе летальность — 28,6%. Длительность коматозного периода составила в среднем 8 суток. Восстановление мышления, памяти, речи происходило к 20 суткам. Возврат к трудовой деятельности был у 12% больных. В 3 группе летальность составила 26,3%. Длительность коматозного периода составила в среднем 7 суток. Восстановление мышления, памяти, речи происходило к 14 суткам. Возврат к трудовой деятельности был у 56% больных. Таким образом, комбинация цитиколина с перфтораном сокращает общую летальность на 14,6%, продолжительность комы на 2—3 суток, ускоряет восстановление мышления, памяти, речи против контроля на 14 суток, полную социально-трудовую реадaptация увеличивается на 56%.

Выводы. Комбинация цитиколина с Перфтораном, начатая в первые 6—12 часов после ТЧМТ сокращает длительность коматозного периода, повышает качество восстановления когнитивных функций, что улучшает уровень социальной адаптации пострадавших.

Влияние чрезликоворной электростимуляции ствола мозга на качество жизни больных с посттравматическим вегетативным состоянием

Климаш А. В.

РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,
Санкт-Петербург, Россия
(директор института проф. В. П. Берснеев),
тел. (812) 497-22-35, e-mail: klimash@list.ru

Цель исследования. Оценить влияние чрезликоворной электростимуляции ствола мозга (ЧЛЭС) на качество жизни больных с посттравматическим вегетативным состоянием (ПВС).

Материалы и методы. Объектом исследования были 7 больных, в возрасте от 16 до 50 лет, перенесших тяжелую ЧМТ с угнетением сознания до комы II.

Всем пациентам была проведена ЧЛЭС по методике, разработанной в РНХИ им. проф. А. Л. Поленова (патент RU 2262365 С2 МПК7 А 61 N 1/05. Способ лечения тяжелой черепно-мозговой травмы. — № 2003119277). Все обследованные на момент первого сеанса стимуляции находились в ПВС. Электростимуляцию проводили трехкратно, ежедневно, длительностью до 10 месяцев. Продолжительность сеанса ЧЛЭС составила 10—15 мин. Параметры электрического тока подбирали индивидуально, по разработанной методике (Решение о выдаче патента на изобретение № 2006113759/11(014952) от 21.04.06). Восстановление психоневрологических функций оценивали по Loewenstein Communication Scale (LCS).

Результаты. Во время электростимуляции у всех больных клинически определяли реакцию пробуждения (РП). Непосредственно после проведения ЧЛЭС в ритмике ЭЭГ у всех больных отмечена реакция десинхронизации (РД) — смещение частотного диапазона колебаний в более быструю сторону.

С целью предотвращения избыточной стимуляции электрофизиологический мониторинг был дополнен исследованием акустических стволовых вызванных потенциалов (АСВП). Для стимуляции использовали только те параметры электрических импульсов, которые помимо РП и РД вызывали укорочение латентности пиков и межпиковых интервалов.

На фоне проведения ЧЛЭС у двух пациентов отмечено восстановление психоневрологических функций до 93 и 81 балла по LCS при исходных 21 и 24 баллах. У двух других больных констатировано восстановление психоневрологических функций до 58 и 54 баллов по LCS при исходных 19 и 31 баллах. У оставшихся трех пострадавших восстановление психоневрологических функций было до 23, 27 и 24 баллов по LCS при исходных 11, 17 и 22 баллах.

Заключение. ЧЛЭС способствует восстановлению психо-неврологических функций у больных с ПВС, тем самым улучшает качество их жизни. Полученные нами данные клинического и электро — физиологического обследований свидетельствуют об активации ретикулярной формации ствола мозга при данном методе электростимуляции

Вопросы реабилитации больных с апаллическим синдромом

Мирзабаев М.Ж., Бобоев Ж.И.

Республиканский Научный Центр
Нейрохирургии, Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,
134-10-83, kariev@bcc.com.uz

Одной из нерешенных проблем нейрохирургии является апаллический синдром (АС) травматической этиологии, развивающийся у 1—14% больных с продолжительной комой.

В связи с успехами современной нейрохирургии и реаниматологии все большее число больных переживают кому, увеличивается число больных с апаллическим синдромом, а проблема их реабилитации и лечения становится не только медицинской, но и социальной.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и реабилитации больных с апаллическим синдромом травматической этиологии.

Обследовано 28 больных с посттравматическим апаллическим синдромом находившихся в РНЦНХ с 2001 по 2007гг. в возрасте 12—44лет.

Результаты и обсуждения. Диагноз АС был поставлен через 2 недели после тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ). Из 28 больных с АС 13 была произведена двухсторонняя декомпрессивная трепанация черепа, 7 больным гемикранэктомия, и 8 больных лечились консервативно. Клиническое течение АС после острого повреждения начиналось с комы продолжительностью несколько дней или недель. К этому моменту 26 больных были способны к спонтанному дыханию и не требовали искусственной вентиляции легких. После периода комы вместе с циклом «сон-бодрствование» появилось спонтанное открывание глаз, беспорядочные движения глазных яблок и конечностей.

Отсутствие стандартов лечения при АС, затрудняет выбор метода лечения. Мы придерживались следующей тактики лечения: коррекция мышечного тонуса, контроль эпилептических приступов, предупреждение вторичных осложнений со стороны внутренних органов и медицинским уходом медперсонала и родственниками. Терапия восстановления сознания включала мощную сосудистую, ноотропную, витаминотерапию, инсуффляцию кислорода эндолумбально, ЛФК, массаж, физиолечение. Все больные с АС нуждались в длительной, настойчивой восстановительной терапии, продолжающейся месяцами.

Таким образом, продолжительное восстановительное лечение дает нередко хорошие результаты, однако качества жизни у данной категории больных остается низким. Вопросы реабилитации и восстановления у данной категории больных требуют своего дальнейшего решения.

Методика оцінки якості життя хворих з дисциркуляторною енцефалопатією

Попова І.Ю., Степаненко І.В.,
Бондар Т.С., Лихачова Т.А., Попов А.О.,
Степаненко Н.О., Земскова І.П.

Державна Установа «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України»,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32,
тел. 483-91-98, brain@neuro.kiev.ua

Оскільки дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕП) являється важливою причиною непрацездатності та соціальної дезадаптації населення, метою роботи було вивчення в динаміці реабілітації якості життя хворих з різними стадіями ДЕП і оцінка ефективності відновлення порушених функцій.

Матеріали і методи: нами адаптована система оцінки рухових, психічних функцій та рівня самообслуговування (Hamrin E., et al. 1982, 1983р.) по Activity Index (AI). Вона представляє собою суму балів, яка свідчить про ступінь якості життя хворих. Для здорових осіб вона дорівнює 92, нижча за 50 балів свідчить про значне зниження якості життя; 50—83 бали — про помірне, вища за 83 бали — про задовільну якість.

Обстежено 96 хворих, виділено III стадії ДЕП, залежно від адаптаційних, імунологічних, біохімічних, нейровізуальних, психологічних показників.

Результати та їх обговорення. В I групі, яка становила 18 хворих з легкою стадією ДЕП, до початку відновного лікування визначено AI вищим за 83 бали було у 89% випадків, від 50 до 83 балів — у 11%, нижче 50 балів по AI у хворих не виявлено.

В II групі з середньою стадією важкості ДЕП (33 хворих) високий AI був у 56% обстежених, середній — у 34%, низький — у 10%.

В III групі з важкою стадією ДЕП високий AI не виявлено, середній був у 56% хворих, низький у 44%.

При обстеженні після проведення реабілітації хворих з високим AI в I групі стало 95%, із середнім — 5%. В II групі високий AI зріс до 70%; середній рівнявся 22%, низький зменшився до 8%. В III групі хворих високий AI зріс до 7%, середній збільшився до 78%, низький зменшився до 25%.

Висновки. Отримані дані дозволяють відмітити значну ефективність проведеної реабілітації хворих з різними стадіями ДЕП. Дослідження якості життя за допомогою адаптованого з цією метою AI на різних етапах лікування сприяє об'єктивному обстеженню хворих, індивідуальній корекції відновних програм, прогнозуванню можливих результатів відновлення порушених функцій.

Роль морфологических исследований в оценке качества помощи и повышения качества жизни в нейрохирургической практике

Шамаев М.И., Мальшева Т.А.

Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины

Пристальное внимание общества к проблемам оказания медицинской помощи обусловило при-

знание факта нередко встречающихся в практике здравоохранения различных неблагоприятных последствий лечения (НПЛ). Они могут развиваться и по не зависящим от медицинского персонала причинам, но значительно чаще — вследствие ошибок и нарушения стандартов лечения, обусловленных «человеческим фактором». Для оптимизации лечения и повышения качества жизни пациентов необходим их анализ и систематизация. В оценке результативности лечения больных, в первую очередь с нейроонкологической патологией особое внимание уделяют показателям качества жизни (КЖ). КЖ — показатель воздействия на человека внешней и внутренней среды, который зависит от возраста больного, пола, локализации опухолевого процесса, гистобиологической характеристики опухоли и выбранного на этом основании алгоритма лечения. В настоящее время наряду с понятием КЖ активно развивается эргономика, которая включает не только производственную деятельность (взаимодействие человека, науки и техники), но и понятие комфорта, безопасности, легкости в использовании, целесообразности проводимых медицинских манипуляций. В оптимизации лечебных мероприятий важное значение, приобретают данные клинических исследований в сопоставлении с анатомо-топографическими и патогистологическими данными. Представление о локализации процесса и его топографии (с учетом ФВЗ и поражения окружающих структур) важно для хирурга как на этапе планирования операции (выбор доступа) так и ее проведения (объем удаления). Обеспечение КЖ оперированных больных, прогнозируемый исход операции предполагает достижение факта регресса клинических проявлений заболевания, предупреждение возможного усугубления неврологического дефицита или появления новых очаговых симптомов на основании учета, топографии и гистобиологии новообразований и их микрохирургической анатомии (клинико-морфологических сопоставлений) в каждом конкретном случае. Таким образом, для улучшения КЖ больных с патологией головного мозга необходима комплексная морфологическая диагностика, позволяющая оптимизировать лечение и основывающаяся в первую очередь на биопсии. Это сложная медицинская услуга, прижизненное патологоанатомическое (гистологическое, и при соответствующем обеспечении: гистохимическое, иммуноморфологическое, молекулярно-биологическое, электронно-микроскопическое, морфометрическое) исследование тканей, независимо от их объема, метода получения или характера патологического процесса. Патологоанатомическое исследование — прижизненная и посмертная диагностика болезней на биопсийном и аутопсийном материале, является обязательным контролем за качеством лечебно-диагностической работы во всех лечебных и научно — лечебных учреждениях.

Улучшение КЖ нейрохирургических больных возможно лишь при условии учета и тщательной систематизации неблагоприятных последствий диагностики и лечения. С этой целью обязательно проведение в первую очередь клинико-морфологических сопоставлений, осуществляемых в тесном сотрудничестве клиницистов и морфологов, располагающих результатами всесторонних патогистологических методов исследования на основе данных биопсии (в том числе и пункционной) и цитологии. Эта методология должна быть широко внедрена в систему информа-

ции о проблеме в систему обучения и повышения квалификации врачей; развитие понятийной базы и таксономии; работа по возведению проблемы безопасности лечения в ранг глобальных приоритетов государства.

Вплив раннього застосування заходів експериментальної фізичної реабілітації на рівень володіння соціально-побутовими навичками осіб з нижньою параплегією в умовах стаціонару

Шевага В. М., Нетлюх А. М.*,
Кобелев С. Ю.***

**Національний медичний університет
у м. Львові ім. Данила Галицького,
**Львівський державний інститут фізичної
культури, Львів, 79000, вул. Пекарська, 61,
тел. 597-235, romaivanova-mail@rambler.ru*

Мета. Покращення результатів лікування хворих з тяжкою ХСМТ. Обстежено за шкалами COVS та FIM 40 хворих з тяжкою ХСМТ, які перебували на стаціонарному лікуванні в II нейрохірургії КМКЛШМД м. Львова в 2002—2005 роках із нижньою параплегією (Frankel A) внаслідок переломів хребців від ThIII до LV. Всі обстежені були розділені на 2 групи по 20 хворих: контрольна, в якій заняття проводились за методикою лікувальної фізичної культури, та основну, де використовувалась експериментальна методика фізичної реабілітації. Тестування проводилось при поступленні пацієнта (перше тестування), через 2 тижні (друге тестування) та через місяць після травми або перед випискою (третє тестування). Проведено статистичну обробку отриманих даних за Стьюдентом.

Результати. При першому тестуванні показників соціально-побутових навичок за шкалою COVS та FIM у пацієнтів з нижньою параплегією статистичної різниці між контрольною та основною групами при виконанні усіх завдань виявлено не було. При другому, а, особливо, при третьому тестуванні ми спостерігали достовірну різницю у результатах між пацієнтами контрольної та основної груп. При третьому тестуванні за шкалою COVS загальний показник по усіх завданнях у пацієнтів контрольної групи збільшився і становив $31,4 \pm 1,24$ бала в той час як загальний сумарний бал пацієнтів основної групи після третього тестування за шкалою COVS склав $53,0 \pm 1,13$ бала, що вірогідно ($P < 0,05$) відрізняється від показників норми. Третє тестування за шкалою FIM показало, що сумарні показники пацієнтів контрольної групи склали $67,1 \pm 2,02$ бала, пацієнтів основної групи — $101,4 \pm 1,76$ бала.

Висновки: Отримані дані свідчать про перевагу раннього впровадження експериментальної методики фізичної реабілітації для осіб з нижньою параплегією, спричиненою тяжкою ХСМТ.

**Трахеостомія як захід,
направлений на покращення
якості життя хворих
з нейрохірургічною патологією**

Шкоба Я.В., Абизов Р.А., Деркач В.М.

*Київська обласна клінічна лікарня,
04107, Київ, вул. Багговутівська, 1,
(044) 483-13-95;*

*Київська медична академія
післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

Мета. Вивчити доцільність внесення деяких доповнень до існуючих критеріїв якості життя хворих з нейрохірургічною патологією, яким проведено трахеостомію.

Матеріали та методи. Проведення планової трахеостомії хворим з нейрохірургічною патологією, може бути як терміновим, так і плановим. Якщо термінова трахеостомія направлена на невідкладне відновлення дихання хворого, то показами до проведення планової трахеостомії хворим з нейрохірургічною патологією є:

1. важка черепно-мозкова травма, лікування якої є довготривалим (стан за шкалою Глазго в межах 4—8 балів);
2. профілактика механічної асфіксії при непродихності дихальних шляхів;
3. бульбарні розлади;
4. травматичне пошкодження гортані та трахеї;
5. травма грудної клітини з переломами ребер;
6. необхідність санації дихальних шляхів;
7. необхідність забезпечення апаратного дихання в випадку недостатності, або відсутності спонтанного дихання.

Результати та їх обговорення. За період з 2003 по 2006 рік, проаналізовано 43 трахеостомії проведені в нейрохірургічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні. З них 18 жінки і 25 чоловіків. Вік хворих коливався від 12 до 78 років. Розподіл хворих за діагнозами був наступним: закрыта черепно-мозкова травма — 17, відкрита черепно-мозкова травма — 14, гостре порушення мозкового кровообігу — 2, політравма — 6, перелом шийного відділу хребта — 4.

Необхідно відмітити, що всім хворим попередньо була проведена інтубація. В 94% випадків проводилась нижня і в 67% середня трахеостомія.

У переважній більшості хворих трахеостомія проведена на 3—4 добу після інтубації.

Висновки. Таким чином, вважаємо, що до існуючих критеріїв оцінки якості життя хворих з нейрохірургічною патологією, слід додати критерії визначення функції дихальних шляхів та покази до своєчасності проведення трахеостомії.

**Ефективність різних методів
відновного лікування
хворих на цереброваскулярні
захворювання**

*Степаненко І.В., Попова І.Ю.,
Лихачова Т.А., Бондар Т.С.,
Степаненко Н.О., Попов А.О.*

*Державна установа «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України»,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32,
т. 483-82-19, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Вступ. Відомо, що цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) відносяться до хвороб адаптації, при яких відбувається розбалансування та дезінтеграція систем регуляції і формування регуляторної патології. Враховуючи це, при їх відновному лікуванні необхідно підвищувати компенсаторно-адаптаційні можливості і неспецифічну резистентність організму, що буде сприяти підвищенню його ефективності.

Мета. Провести порівняльний аналіз ефективності медикаментозних та немедикаментозних методів лікування хворих на ЦВЗ та їх вплив на якість життя пацієнтів.

Методи. Об'єкт дослідження — хворі на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕП) різної стадії. Оцінка клінічного стану пацієнтів проводилася за глибиною неврологічних порушень, об'єктивізувалась за допомогою 5-тибальної шкали та розробленого математично клінічного індексу тяжкості (Т). В динаміці лікування оцінювались загальні адаптаційні реакції (АР) Гаркаві, темпи функціонального відновлення з використанням математичних методів їх оцінки (λ), якість життя хворих (індекс активності — АІ, шкали Бартела та функціональної незалежності).

Результати. Проаналізовано результати лікування 182 хворих віком від 42 до 63 років. Чоловіків — 131, жінок — 51. З ДЕП I ст. — 41, II ст. — 105, III ст. — 36 пацієнтів. Медикаментозне лікування отримували 39, рекреаційну музичну резонансну терапію (рМРТ) — 47, нормобаричну переривчасту гіпоксію (НПГ) — 45, внутрішньовенне лазерне опромінення крові (ВЛОК) — 51 хворий.

Аналіз результатів показав, що внаслідок медикаментозного лікування покращення клінічного стану хворих супроводжувалось зростанням сприятливих адаптаційних реакцій РТ і РСА і зниженням РПА лише у частини хворих, зберігались реакції, притаманні ХС. Темп функціонального відновлення (λ) за динамікою клінічного індексу тяжкості (Т) дорівнював «0,01079», а за динамікою індексу Гаркаві «-0,0157». При цьому показники якості життя хворих покращувались — за індексом активності АІ — з 65 до 82 балів, за шкалою Бартела — з 75 до 85 балів, за шкалою функціональної незалежності — з 90 до 100.

Призначення в курс лікування немедикаментозних методів призводило до вірогідного зростання відсотка сприятливих АР за рахунок зростання РТ, РСА, зменшення відсотка зони нестійких АР, регресом реакцій, притаманних для ХС, в більшій мірі при НПГ і, особливо, ВЛОК. Темп функціонального відновлення за динамікою клінічного індексу тяжкості при лікуванні методом рМРТ становив «0,01099», методом НПГ — «0,01179», а методом ВЛОК — «0,03». Темп функціонального відновлення за

динамікою індексу Гаркаві при рМРТ дорівнював «-0,0029», при НПП «+0,0047», а при ВЛОК «+0,0138». Динаміка якості життя хворих внаслідок лікування за АІ покращувалась з 65 до 90 балів, за шкалою Бартела — 75 до 95, а за шкалою функціональної незалежності — з 95 до 118, в найменшій мірі при рМРТ. Більш виразно динаміка вивчених показників відбувалась при II і III ст. ДЕП. Тобто представлені дані свідчать, що при проведених методах лікування спостерігається значне покращення якості життя хворих, яке, судячи з динаміки темпів функціонального відновлення, відбувалось переважно за рахунок суттєвого підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей хворих.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать, що включення в курс лікування немедикаментозних методів прискорює перебіг відновних процесів, що сприяє підвищенню попередньо знижених адаптаційних можливостей хворих. Досягнення бажаного клінічного результату при цьому можливе з меншим, ніж при лише медикаментозному лікуванні, напруженням адаптаційних механізмів. Найменша динаміка АР і темпів відновлення відмічена при медикаментозному лікуванні, найбільша — при НПП і ВЛОК.

Критерии реабилитации осложнённой травмы грудного и поясничного отделов позвоночника

*Титов Ю. Д., Лихолетов А. Н.,
Энглези А. П.*

*Научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии
ДонГМУ им. М Горького,
Донецк, Украина*

Проблема лечения пациентов с осложнённой травмой позвоночника грудно-поясничной локализации является весьма актуальной, несмотря на относительно небольшую частоту (0,8—4,1%) данной патологии в структуре травматических повреждений скелета. Большинство пострадавших остаются инвалидами на продолжительное время, иногда на всю жизнь. В ходе лечения, в случае регресса неврологического дефицита выявляется множество ортопедических и неврологических симптомов, имеющих различную значимость для реабилитационного прогноза. Простая констатация всего многообразия имеющихся признаков не приближает к целостному восприятию конкретного патологического процесса. Огромное многообразие классификаций и функциональных тестов препятствует оценке отдалённых результатов, что в конечном счёте затрудняет реабилитацию.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинико-функциональной оценки исходов лечения осложнённой травмы грудно-поясничного отдела позвоночника для улучшения экспертизы и реабилитации данного контингента больных.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 107 больных, которые были оперированы в клинике вертебологии ДНИИТО

в 2003—2005 г. г. с осложнённой травмой грудного и поясничного отделов позвоночника. Оценивалась степень реабилитации и качество жизни пациента.

Результаты и их обсуждение. Особое место в обследовании спинальных пациентов занимает стандарт ISCSCI (International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury, 1992) Компактная и точная система оценок двигательного и чувствительного дефицита является удобным инструментом для получения сравнимых результатов. Основная задача в реабилитации не оценивать степень нарушения функций, а выявлять сохранность их. Оценка мышечной силы производилась по 6-бальной шкале комитета медицинских исследований (Frenkel). Изучение непроизвольных движений производилось по модифицированной шкале Ашфорта. Шкала позволяет определять тактику реабилитационного лечения в зависимости от выраженности спастичного синдрома. Для оценки локомоторной функции пациентов с регрессом двигательных нарушений использовали тест «Функциональные категории ходьбы». Тест имеет 6 уровней оценки в зависимости от внешней помощи при ходьбе. Очень полезен в субъективной оценке качества жизни пациентом набор тестов, обозначаемых как «Activities of Daily Living», в который входит оценка самообслуживания, социальная адаптация. Однако пользование тестом трудоёмко и пациенты не всегда объективно отвечают на вопросы. Более объективна оценка двигательного поведения по Потехину, которая выделяет модули: элементарные двигательные функции, подразделяющиеся на основные, вспомогательные и специализированные. Основные — поворот туловища лёжа, сидение, стояние, ходьба. Для основных локомоторно-постуральных функций предложена шкала уровневой компенсации. В этом случае реабилитолог может оценить объективно резерв возможностей восстановления утраченных функций.

Заключение. Тщательный анализ нарушенных функций у спинальных больных позволяет правильно спланировать восстановительные мероприятия и оценить их эффективность. Поэтому с момента поступления больного в ургентное отделение и до реабилитационного центра должен формироваться некоторый обязательный минимум диагностических тестов, необходимый для восстановительного лечения и реабилитации пациентов с последствиями травмы позвоночника.

Адрес автора для переписки:

Титов Юрий Дмитриевич — НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного университета им. М. Горького, вед. н. с., к. м. н.; 86053, Донецкая обл., Ясиноватский р-н, п. Пески ул. Стадионная, 7, кв. 10. тел. 8-067-720-14-79.

**Роль интраоперационного мониторинга
вызванных зрительных потенциалов
и измерения кровотока в зрительных
нервах в прогнозе зрительных
нарушений в хирургии гигантских
инвазивных аденом гипофиза**

*Улитин А. Ю., Олюшин В. Е.,
Фадеева Т. Н., Иванов А. Ю., Аникин С. А.*

*Российский нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург,
191104, ул. Маяковского, 12, тел. 8-812-272-98-
19, e-mail: ulitinaleks@mail.ru*

Цель исследования. Оценить прогностическое значение интраоперационного мониторинга вызванных зрительных потенциалов и измерения кровотока в зрительных нервах на состояние зрительных функций. Материалы и методы. У 56 больных гигантскими инвазивными аденомами гипофиза с низкими зрительными функциями проводилось интраоперационное исследование вызванных зрительных потен-

циалов и у 16 — измерение кровотока в зрительных нервах с помощью контактного микродоплерографического датчика 25 МГц.

Результаты. Интраоперационный мониторинг динамики зрительных вызванных потенциалов определил допустимую степень радикальности у ряда больных с инвазией опухоли в хиазму и зрительные нервы, в дно III желудочка, в сосуды передних отделов Вилизиева круга, что позволило избежать ухудшения зрительных функций у данной группы пациентов. Улучшение зрения наступило у 82,3% больных по сравнению с 73% в контрольной группе. Стремление к радикальности резекции опухоли, возрастающей в зрительные нервы и хиазму при высоких показателях пульсового и резистентного индексов в артериях зрительных нервов вела к ухудшению зрения у 100% пациентов.

Выводы. Данные интраоперационные методики изучения функций зрительных нервов позволяют не только прогнозировать динамику зрительных функций в послеоперационном периоде, но и избежать их ухудшения в ущерб радикальности объема резекции опухоли.

Алфавітний покажчик

A — Z

<i>Chen Lukui</i>	17
<i>Deliu Constantin</i>	46
<i>Guranda Viorel</i>	46
<i>Hirotooshi Sano</i>	17
<i>Kralik G.</i>	36
<i>Minoru Yoneda</i>	17
<i>Sadayoshi Watanabe</i>	17
<i>Sramka M.</i>	36
<i>Takeya Watabe</i>	17
<i>Tetsuo KANNO</i>	17, 29, 71, 77
<i>Trompak O.</i>	36
<i>Viola A.</i>	36
<i>Yoko Kato</i>	17

A — Я

<i>Абашии Г.В.</i>	51, 65
<i>Абдуллаев Д.Д.</i>	41, 47
<i>Абизов Р.А.</i>	15, 83
<i>Акмалов А.С.</i>	75
<i>Алексеева Р.И.</i>	16
<i>Алексеев С.П.</i>	16, 41
<i>Алимов Д.Р.</i>	77
<i>Алимов Р.А.</i>	77
<i>Алтыбаев У.У.</i>	29
<i>Аль-Кашкиш Ияд Исхак</i>	52
<i>Андреева Е.С.</i>	21
<i>Аникин С.А.</i>	32, 85
<i>Асадуллаев У.М.</i>	29, 68
<i>Ахмедиев М.М.</i>	56
<i>Бабалян Ю.А.</i>	14
<i>Бабатанов Ф.Х.</i>	42
<i>Базунов М.В.</i>	26
<i>Барылик И.И.</i>	16
<i>Бахтияров А.К.</i>	9
<i>Беленичев И.Ф.</i>	4
<i>Белименко В.А.</i>	4
<i>Белошицкий В.В.</i>	9
<i>Берсиев В.П.</i>	3, 10, 26
<i>Благоразумова Г.П.</i>	42, 75
<i>Близнюкова Е.Г.</i>	27
<i>Бобоев Ж.И.</i>	81
<i>Бовкун В.Н.</i>	71
<i>Богомаз Г.І.</i>	74
<i>Богоявленская А.А.</i>	57
<i>Боднарчук Р.Н.</i>	57
<i>Болгова И.В.</i>	65
<i>Болюх А.С.</i>	9
<i>Бондарт Т.С.</i>	9, 81, 83
<i>Борисова І.О.</i>	56
<i>Борисов М.А.</i>	65
<i>Боряк А.Л.</i>	3

<i>Братусь Н.Н.</i>	38
<i>Бублик Л.А.</i>	42, 43, 53
<i>Бурлай В.З.</i>	4
<i>Варешнюк Е.В.</i>	57, 65
<i>Ващенко А.В.</i>	66
<i>Векслер В.В.</i>	24
<i>Венцковский И.Л.</i>	12, 20, 49
<i>Венцковский Л.О.</i>	12, 20, 49
<i>Вербицкая Г.Д.</i>	73, 78
<i>Вербова Л.Н.</i>	26, 66
<i>Вирани Я.</i>	44, 45
<i>Вознюк В.Л.</i>	76
<i>Волжодав О.В.</i>	66
<i>Воробйов В.В.</i>	14
<i>Гармиш А.Р.</i>	50
<i>Герус С.В.</i>	58
<i>Герцев В.Н.</i>	23
<i>Главацкий О.Я.</i>	28
<i>Гогорян С.Ф.</i>	79
<i>Годлевский Д.О.</i>	16
<i>Гончарук Е.А.</i>	45, 71
<i>Горбатюк К.И.</i>	12, 20, 49
<i>Горбунов О.В.</i>	68
<i>Гохфельд И.Г.</i>	43
<i>Грабарчук О.Ю.</i>	74
<i>Григорук С.П.</i>	25
<i>Гридина Н.Я.</i>	33
<i>Гринів Ю.В.</i>	4
<i>Гришин В.І.</i>	5
<i>Гудак П.С.</i>	46
<i>Гуляев Д.А.</i>	51
<i>Гунько Б.В.</i>	14
<i>Гуранда Виорел</i>	5
<i>Данилова А.К.</i>	60
<i>Данчин А.А.</i>	43
<i>Дейниченко Ю.К.</i>	4, 72
<i>Держак В.М.</i>	12, 15, 54, 83
<i>Джабарова Л.Б.</i>	75
<i>Джуманов К.Н.</i>	42
<i>Дзяк Л.А.</i>	5, 6, 76
<i>Долгополова Р.А.</i>	12, 20, 49
<i>Доценко В.В.</i>	44, 45
<i>Дудукіна С.О.</i>	5
<i>Духовский А.Э.</i>	57, 65
<i>Дышловой В.Н.</i>	78
<i>Дядечко А.А.</i>	6, 7, 9
<i>Дяків В.</i>	44
<i>Егорова Е.С.</i>	38
<i>Еликбаев Г.М.</i>	59
<i>Елисаветская И. И.</i>	48
<i>Емельянова Е.А.</i>	80
<i>Жарова Е.Н.</i>	8

Жданова В.Н.	14, 38, 74	Леонтьев Ю.А.	48
Журавлев В.В.	8	Лисайчук Ю.С.	71
Загородний Н.В.	44, 45	Литвак-Шевкопяс С.О.	19
Задоянний Л.В.	38	Лихачова Т.А.	81, 83
Звонарев А.Г.	67	Лихолетов А.Н.	84
Земскова І.П.	81	Лихтерман Л.Б.	10
Зинченко В.Г.	73	Лобанов Г.В.	54
Зозуля О.О.	6	Магала Н.С.	5
Зозуля Ю.А.	39	Малхасян Ж.Г.	79
Золотоверх А.М.	52	Малыгина Л.В.	16
Зорин Н.А.	5, 11, 25, 76	Малышева Т.А.	39, 81
Іванюшко В.Л.	76	Маматханов М.Р.	60
Іванов А.Ю.	85	Мартин А.Ю.	4
Іванова Н.Е.	3, 8, 10, 16, 21, 42, 75	Марущенко Л.Л.	61
Івахненко Д.С.	4, 72	Мирзабаев М.Д.	15, 79
Ігнатенко В.П.	78	Мирзабаев М.Ж.	11, 81
Каджая Н.В.	7, 9	Мирошниченко А.Ю.	25
Калиновский А.В.	37	Митюшин И.И.	43
Кариев Г.М.	29, 30	Михалюк В.С.	62
Кариев М.Х.	47, 77	Мороз В.А.	33
Касумов Р.Д.	3, 10	Мороз В.В.	20, 22, 23
Касьянов В.А.	61, 73, 78	Мосенко С.В.	22
Качанова Е.В.	13	Мосийчук Н.М.	11
Качанов В.А.	13	Муминов З.В.	11
Квасніцький О.М.	53	Муминов М.Д.	30
Кваша М.С.	39	Мытюшин И.И.	53
Кеворков Г.А.	58	Назаренко О.С.	48
Ким А.А.	79	Нелепин С.Н.	4
Ким А.В.	60	Нетлюх А.М.	82
Кириченко В.В.	12, 20, 49	Новик Ю.Е.	11
Кирьянова В.В.	8	Обертинский В.А.	12, 20, 49
Клигуненко Е.Н.	6, 80	Оксимец В.М.	54
Климаш А.В.	9, 80	Олешкевич Ф.В.	31
Ключка В.М.	34	Ольхова И.В.	12, 20, 49
Кобелев С.Ю.	82	Ольхов В.М.	12, 20, 49
Козин М.В.	4	Олюшин В.Е.	26, 27, 32, 35, 75, 85
Колихан В.П.	76	Орлов М.Ю.	19
Комаров Б.Г.	35	Орлов Ю.А.	61, 62, 63
Коновалов П.В.	31	Павличенко Л.Н.	71
Коробко С.А.	68	Панунцев В.С.	16, 21, 42
Корченков И.С.	73	Панченко В.Н.	12
Костицька О.М.	47	Педаченко Є.Г.	13, 49, 50
Костицький М.М.	47	Педаченко Ю.Є.	50
Костюк К.Р.	69	Перфильев С.В.	50
Костюк М.Р.	18, 19	Перцов В.И.	4, 72
Кравчук А.Д.	10	Петров В.Г.	65
Кудіна О.М.	20	Печерский Б.В.	14
Кудина Е.М.	49	Полковников А.Ю.	35
Кузьменко Д.А.	9	Поляков Ю.Ю.	51
Кузьмищенко Ю.В.	73	Попов А.О.	81, 83
Курбанзаде Р.К.	3, 10	Попова І.Ю.	81, 83
Лапоногов О.О.	69	Потапов А.А.	10
Лебедев К.Э.	60	Потапов О.І.	4, 47
Леонтьев А.Ю.	48	Проценко І.П.	61

Пыхтин А.В.	33	Ушенин Ю.В.	33
Пятикоп В.А.	14	Фадеева Т.Н.	26, 27, 32, 75, 85
Рахматуллаева Д.С.	21	Федірко В.О.	70
Розуменко В.Д.	33, 34, 35	Федак Б.С.	57
Руслякова И.А.	26, 27, 75	Федак В.І.	47
Сірко А.Г.	5, 36, 76	Федорук А.Л.	41
Сабуренко Ю.Ф.	55	Федулов А.С.	31
Савченко Є.І.	35	Фрончко В.П.	76
Савчук В.В.	58	Халімончик В.В.	5
Сакович И.И.	31	Хачатрян В.А.	59, 60, 78, 79
Салеева А.Д.	65	Хижняк М.В.	49
Самочерных К.А.	60	Хиникадзе М.Р.	18
Сапон Н.А.	72	Холиков Н.Х.	30
Сафаров Б.И.	35	Хорошун А.П.	33, 34
Сельский М.С.	31	Худецький Ю.П.	4
Семенова В.М.	28	Хусанов Л.Э.	79
Семисалова В.С.	51	Цімейко О.А.	18, 19, 20, 22, 23
Семисалов С.Я.	13, 51, 65	Цимбалюк В.І.	55
Сербиненко И.А.	68	Цімейко О.А.	18
Середа Д.А.	4	Цымбалюк В.И.	72
Сипитый В.И.	14	Чеботарьова Л.Л.	24, 57, 70
Скобская О.Е.	14	Чепкій Л.П.	28
Скорохода І.І.	22	Чередниченко Ю.В.	25
Скрипко В.Д.	4	Черниенков В.Г.	33, 68
Слинько Є.І.	53	Чернов С.В.	37
Слынько Е.И.	48, 52	Чернышева И.Н.	65
Соколова Ф.М.	75	Четверус Р.В.	71
Сон А.С.	22, 23, 45	Чирка Ю.Л.	12, 20, 49
Стегний С.А.	53, 54	Чиркин В.Ю.	26, 32
Степаненко І.В.	81, 83	Чудакова И.В.	40
Степаненко Н.О.	81, 83	Шамаев М.И.	39, 81
Струк Ю.	44	Шаматов А.Ш.	75
Ступак В.В.	37	Шамкалович А.В.	31
Сулій Л.М.	57	Шарифуллина Ф.К.	21
Танасійчук О.Ф.	49	Шагін Н.	23
Тастанбеков М.М.	26, 32, 51	Шевага В.М.	82
Татарчук М.М.	54	Шкоба Я.В.	15, 83
Титов Ю.Д.	84	Шмерчук С.Г.	49
Тиш І.І.	46	Энглезі А.П.	3, 84
Третьякова А.І.	70	Юлдашев Р.М.	41, 42, 55
Третьяк І.Б.	70	Яковенко Л.М.	22, 24
Трибель О.В.	74	Ямїнський Ю.Я.	55
Тухтаев Н.Х.	29	Яцик В.А.	24
Тяглий С.В.	35		
Улитин А.Ю.	32, 35, 85		
Умирсеригов Б.У.	15		