

# 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 оболочкой.

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 см<sup>30</sup>, гидроцефалия, кистозно-атрофические изменения височной доли, локализация внутримозговых гематом в левом полушарии, локализация внутримозговых гематом в височной доле, осложнения острого периода. При кровоизлияниях из АВМ основными неблагоприятными факторами были исходная тяжесть состояния менее 13 баллов по ШКГ, гидроцефалия, медиальные гематомы объемами более 50 см<sup>3</sup>, 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 транзиторного 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 виконувались 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 можно 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 склала 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 складностями 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, внутрижелудочкового кровоизлияния и временного клипирования.

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

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

Цімейко О.А., Шахін Н., Мороз В.В.

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

**Вступ.** Хірургічне лікування хворих з артеріальними аневризмами (АА) головного мозку являє собою загальноприйнятую 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 включає аналіз 132 клінічних випадків у хворих з розривами АВМ головного мозку, що піддавались хірургічному лікуванню. Оцінка проводилась за клінічними, неврологічними, рентгенологічними показниками, та критеріями якості життя. Доповнювались клінічні матеріали аналізом: строку поступлення в стаціонар з моменту крововиливу, станом хворого при поступленні, використаними методиками хірургічного лікування.

**Результат дослідження.** В нашій роботі проаналізовані наступні варіанти хірургічного лікування: ендovasкулярно в один етап, ендovasкулярно в кілька етапів, ендovasкулярно з продовженням транскраніальною 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.