

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 уділити квалітету 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 квалітету життя хворих на паркінсонізм після стереотаксичних операцій. На сьогодні найбільш поширеною операцією лишається вентролатеральна таламотомія. При оцінці квалітету життя хворих паркінсонізмом після хірургічного лікування нами використано поєднання шкали щоденної активності Шваб та Інгланд 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 старше 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 випадках 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 Інгланд 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 брадикінезії, не вживанням високих доз левадопа препаратів. Найгірші

результати відмічалися у хворих із вираженою брадикінезією, 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 квалітету життя хворих на епілепсію після хірургічного лікування. Квалітету 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 Енгела.

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. Енгела 1) у 87 хворих (23%), причому кращі результати отримані після резекційних операцій. Рідкі напади (шк. Енгела 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 квалітету життя хворих та сприяти їх соціальній адаптації.