

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 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 загальної — мозкової та вогнищевої неврологічної симптоматики. Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою Hunt—Hess.

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

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