

Оценка качества жизни больных после черепно-мозговой травмы: современные подходы

Педаченко Е.Г., Гук А.П.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, г. Киев

Оценке качества жизни пострадавших после черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в нейрохирургии уделяется несравненно меньше внимания, чем оценке качества лечения. Эти два понятия — качество лечения и качество жизни — взаимосвязаны, однако имеют отличительные черты, их необходимо разграничивать. Существенным отличием является то, что в нейрохирургическом отделении *качество лечения пострадавших с ЧМТ оценивают по суммарным показателям летальности, за качество лечения нейрохирург несет административную и юридическую ответственность.*

Качество жизни пострадавшего с ЧМТ определяется остаточными, индивидуальными нарушениями физических, психоневрологических и социальных функций, его оценивают в разных странах не ранее чем через 6 мес после травмы (от 6 мес до 2 лет), обычно через 1 год [1, 10].

За качество жизни пострадавшего после его выписки из стационара врач-нейрохирург ответственности не несет, последствия травмы мозга, как т.н. «легкой» и, тем более, тяжелой непредсказуемы. Однако специалист, оказывающий помощь пострадавшему в остром периоде ЧМТ, должен знать, «что если он что-либо упустит в лечении больного на этом этапе, то это будет упущено навсегда» [9].

Разнообразие посттравматического состояния психических и неврологических функций определяет возможности пациента стать полноправным членом общества, возвратиться к активной социальной и трудовой деятельности или, напротив, превратиться в обузу для семьи и общества.

Качество жизни больных после ЧМТ оценивают в разных «инстанциях», и не всегда эти оценки совпадают. Качество жизни оценивают: 1) больной; 2) его родственники; 3) лечащий врач-нейрохирург; 4) наблюдающий больного после травмы врач-невролог, семейный или участковый врач; 5) работодатель; 6) государство и общество. При этом качество жизни как отражение физического, психоневрологического и социального статуса больного (с возможным улучшением в течение 12 мес после травмы!) перечисленные «инстанции» определяют в различные периоды после ЧМТ по-разному, с принятием судьбоносных для конкретного больного решений.

Так, больной, его родственники и лечащие врачи предпринимают усилия по улучшению качества жизни пострадавшего, независимо от сроков после травмы. Работодатели и государство, напротив, ограничивают сроки оценки качества жизни больного по показателю профпригодности четырьмя месяцами после травмы с дальнейшим переводом пациентов трудоспособного возраста на инвалидность.

С другой стороны, качество жизни больного после ЧМТ влияет на жизнедеятельность самого общества, таит в себе потенциальную опасность совершения неадекватных и угрожающих поступков (в планетарном масштабе мы уже столкнулись с действиями

любопытных инженеров на ночном дежурстве в диспетчерской АЭС).

Как же, на основании каких критериев оценивают качество жизни пострадавших после ЧМТ? Стремление к унификации методических приемов обусловило разработку разнообразных шкал оценки качества жизни пострадавших. Ведущее место среди них занимает шкала исходов Глазго (ШИГ), ставшая одним из существенных достижений нейротравматологии последних десятилетий. В основе ШИГ лежит социальная активность (социальная зависимость) больных после ЧМТ с учетом остаточных психоневрологических нарушений, но без их детализации. Выделяют четыре категории качества жизни пострадавших с использованием ШИГ [11].

1. Хорошее восстановление. *Пациенты возвращаются к привычной социальной и трудовой деятельности.* При этом возможны стойкие нарушения функции черепных нервов (чаще обонятельного и лицевого), незначительно выраженные проводниковые двигательные нарушения, некоторое ухудшение когнитивных функций (по данным тестирования), незначительные изменения личности.

2. Умеренные нарушения (пациентам не требуется посторонний уход). *Больные способны самостоятельно себя обслуживать,* проявляют определенную социальную активность (пользуются общественным транспортом, ограниченно трудоспособны).

Вместе с тем, отмечают существенные интеллектуально-мнестические нарушения, значительные нарушения двигательных функций и функций черепных нервов (прежде всего глазодвигательных и языкоглоточного), а также посттравматическую эпилепсию.

3. Значительные нарушения (пациенты доступны контакту, но им требуется посторонний уход). *Пациентам требуется постоянный посторонний уход* (одевание, кормление, обеспечение физиологических отпавлений) в связи с грубыми психическими или неврологическими (дисфагия, гемиплегия) изменениями.

4. Вегетативное состояние.

В Украине государство оценивает качество жизни пострадавших трудоспособного возраста по степени нетрудоспособности в соответствии с критериям МСЭЖ (инвалидность I, II, III группы).

Оправданными представляются следующие методологические подходы к изучению проблемы — оценивать качество жизни в зависимости от: 1) *вида травмы;* 2) *исходного состояния пострадавшего;* 3) *качества лечения,* соблюдения соответствующих клинических протоколов.

По первым двум позициям качество жизни достаточно прогнозируемо: чем меньше тяжесть травмы и чем лучше состояние пострадавшего при поступлении, тем выше должно быть в последующем качество жизни пациента.

Особый научный интерес и практическое значение представляет сравнительная оценка качества

жизни в зависимости от качества проведенного лечения с соблюдением стандартов организации медицинской помощи и клинических протоколов лечения ЧМТ. Именно в такой интерпретации возможен управляемый и контролируемый процесс обеспечения достойного качества жизни пострадавшего после ЧМТ.

Анализ качества жизни больных, которых лечили в клинике нейротравмы, убедительно свидетельствует, что «легкой» ЧМТ не бывает, и что качество последующей жизни пострадавших, в том числе после сотрясения головного мозга, зависит от преобладания лечебных мероприятий в посттравматическом периоде.

Для определения качества жизни больных, перенесших ЧМТ легкой степени и средней тяжести, проведены соответствующие нейропсихологические исследования уровня церебрастении (корректурная проба), степени нарушения памяти (проба на запоминание 10 слов), степени тревоги (тест Спилберга), уровня депрессии (тест Бека), уровня интеллекта (IQ) по Равену и характерологический тест Кеттела в остром, промежуточном и отдаленном периодах после ЧМТ.

При оценке качества жизни 120 больных с сотрясением головного мозга в остром (7–10 сут), промежуточном (1–2 мес) и отдаленном (через 1 год и более) периодах травмы [2], установлено, что при сотрясении головного мозга уже в остром периоде возникают депрессивные, депрессивно-ипохондрические, ипохондрические симптомы, повышение уровня тревожности, снижение уровня адаптации к стрессовым ситуациям, которые в промежуточном и отдаленном периодах у большинства больных не исчезают, а трансформируются в более стойкие психопатические состояния, что неблагоприятно влияет на социально-трудовой прогноз.

Преимущество лечения оказывает существенное влияние на качество жизни пострадавших с сотрясением головного мозга. Применение схем лечения, включающих психофармакологические препараты, позволяет избежать перехода нейропсихических расстройств в более глубокие и стойкие психопатические состояния.

При изучении качества жизни 120 больных с очаговым ушибом лобных и височных долей головного мозга легкой степени и средней тяжести (шкала комы Глазго более 8 баллов) отмечено закономерное (в 95,5% наблюдений) возникновение психоневрологических нарушений [3]. При этом у большинства (92%) пациентов не выявлена зависимость формирования психоневрологических нарушений от вида (I–IV) очага ушиба. Сопоставление данных компьютерной томографии (КТ) головного мозга и психоневрологических нарушений в остром, промежуточном и отдаленном периодах ЧМТ свидетельствует об отсутствии прямой корреляции между выраженностью и длительностью психоневрологических нарушений и тяжестью очагового ушиба мозга.

В то же время установлена достоверная зависимость вида психоневрологических нарушений от локализации очага ушиба. Так, при поражении лобной доли нарушения памяти и интеллекта диагностированы соответственно у 79 и 62% пострадавших, для поражения височной доли характерно

возникновение депрессии (у 78% пострадавших) и высокий уровень состояния тревоги (у 74%).

По данным нейропсихологического исследования выявлены соответствующие изменения у 84% больных с очаговым ушибом лобной доли доминантного полушария большого мозга.

Проведение корректурной пробы как теста уровня трудоспособности позволяет оценить уровень концентрации внимания (КВ) и показатели темпа выполнения (ТВ) пробы. В остром периоде ЧМТ показатель ТВ был снижен у 82% больных, КВ — у 46%. Нарушение КВ отмечено у 36% пострадавших в промежуточном периоде травмы и у 40% — в отдаленном периоде ($P < 0,01$).

Качественные характеристики нарушений памяти определили преобладание низких показателей краткосрочной памяти, которые стойко удерживались в промежуточном периоде и улучшились в отдаленном периоде только у 11% пострадавших.

Дефекты долгосрочной памяти обнаружены у 43% больных. Эти нарушения сочетались с явлениями церебрастении при позитивной динамике в отдаленном периоде у 28% пациентов.

По данным нейропсихологического обследования пострадавших с очаговым ушибом височной доли разнообразные нарушения выявлены у 96% из них: церебрастения (у 88%), снижение уровня интеллекта (у 46%), нарушение памяти (у 77%), повышенный уровень тревоги и тревожности (у 73%), депрессия различной степени (у 84%).

Установлено, что церебрастения в остром периоде травмы возникает у 88% больных с очаговым ушибом височной доли недоминантного полушария большого мозга. В структуре этих нарушений значимое место занимают расстройства КВ, частота которых увеличивается со временем (с 69% — в остром периоде до 81% — в отдаленном).

Показатели нарушения интеллекта в остром периоде травмы существенно выше при очаговом ушибе лобной доли, однако доминантность полушария при этом существенного значения не имела ($P > 0,1$). Но если у 43% больных с ушибом доминантного полушария выявлена положительная динамика восстановления интеллекта, то количественные и, особенно, качественные характеристики уровня IQ у пострадавших с очаговым ушибом недоминантного полушария свидетельствуют о достоверном его ухудшении в динамике, усугублении дефектов интеллекта, т.е. разрушении его структуры.

Повышение уровня тревоги и тревожности чаще определяли при ушибе височной доли (у 75 и 73% пострадавших), в то время как при ушибе лобной доли их частота меньше (54 и 53%) как в доминантном, так и недоминантном полушарии. Только при очаговом ушибе височной доли доминантного полушария частота выявления тревожности снизилась с 70% — в промежуточном периоде до 25% — в отдаленном ($P < 0,01$).

Склонность к депрессивным реакциям во время первичного осмотра отмечена у значительного числа пострадавших при ушибе височной доли как доминантного, так и недоминантного полушария — соответственно у 75 и 81%, что существенно превышало эти показатели при ушибе лобной доли ($P < 0,01$). Однако динамика регресса этих проявлений была сходной в зависимости от стороны поражения: после

очагового ушиба лобной доли доминантного полушария признаки депрессии в отдаленном периоде выявляли у 3% пациентов, ушиба височной доли — у 15%. При аналогичной локализации очагов ушиба в недоминантном полушарии ухудшение отмечено соответственно у 28 и 31% больных ($P < 0,001$).

При сопоставлении данных КТ головного мозга и результатов компьютерной нейропсихологической диагностики установлено несоответствие регресса структурных и функциональных нарушений: регресс симптомов по данным КТ (в 98% наблюдений) не сопровождался регрессом психоневрологических нарушений у 46% обследованных.

Анализ полученных данных свидетельствует, что при т.н. «легкой» и средней тяжести ЧМТ возникают разнообразные, зачастую стойкие психоневрологические расстройства, что сопровождается длительным нарушением социальной и, особенно, профессиональной адаптации пострадавших.

Качество жизни выживших больных после тяжелой ЧМТ (шкала комы Глазго менее 8 баллов) представляет важную социальную проблему. По данным мультицентровых исследований качества жизни после тяжелой ЧМТ, проведенных в конце XX столетия, хорошее восстановление и умеренную инвалидизацию через 6 мес после травмы определяли у 26–45% пострадавших [12–14].

В ранее проведенных в клинике исследованиях [7] отмечено закономерное возникновение после тяжелой ЧМТ ряда клинических синдромов, определяющих стойкую инвалидизацию пострадавших (корково-очаговый, эпилептиформный, гипертензивно-гидроцефальный, синдром трепанированного черепа, экстрапиримидный, психоорганический). Установлена взаимосвязь инвалидирующих клинических синдромов в отдаленном периоде и сроков хирургического лечения, возраста пострадавших, наличия сопутствующих соматических заболеваний, хронического алкоголизма [6, 8].

Отмечена прямая зависимость качества жизни пациентов с посттравматической назальной ликвореей от длительности заболевания и сроков лечения: чем раньше диагностирована ликворея и чем раньше начато лечение, тем существенно лучше функциональный исход [5].

Внедрение в клиническую практику нейрохирургических учреждений Украины стандартов организации и клинических протоколов медицинской помощи пострадавшим с ЧМТ позволяет рассчитывать на улучшение качества их жизни при тяжелой ЧМТ. Предварительные результаты внедрения протоколов лечения больных с тяжелой ЧМТ свидетельствуют о существенном (на 30%) улучшении функционального исхода травмы [4], однако этот вопрос требует дальнейшей проработки с использованием современных методов объективного математического анализа.

Выводы 1. Качество жизни является важнейшим критерием исхода лечения пострадавших с ЧМТ.

2. Качество жизни больных после ЧМТ, прежде всего, определяется тяжестью травмы и качеством лечения, проведенного в остром периоде.

3. При «легкой» и средней тяжести ЧМТ возникают разнообразные, зачастую стойкие психоневрологические расстройства, что сопровождается длительным нарушением социальной и, особенно, профессиональной адаптации пострадавших. При

очаговом ушибе мозга легкой и степени средней тяжести в отдаленном периоде у большинства пострадавших при регрессе структурных изменений сохраняются стойкие функциональные нарушения.

4. Для оценки профессиональной адаптации пострадавших с сотрясением и очаговым ушибом головного мозга легкой степени и средней тяжести оправдано проведение динамического (в остром, промежуточном и отдаленном периодах травмы) обследования с применением методов компьютерной нейропсихологической диагностики, особенно пациентов с повышенной ответственностью трудовой деятельности.

1. Особый научный интерес и практическое значение представляет сравнительная оценка качества жизни пострадавших с ЧМТ в зависимости от качества проведенного лечения с соблюдением стандартов организации медицинской помощи и клинических протоколов их лечения.

Список литературы

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных работников. — М.: Изд-во «Самарский дом печати», 2004. — 432 с.
2. Бондар Т.С. Нейропсихологічні розлади в динаміці струсу головного мозку та їх корекція: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — К., 2007. — 24 с.
3. Грищук О.І. Вогнищеві забіи лобових та скроневих часток головного мозку легкого та середнього ступенів важкості (динаміка перебігу психоневрологічних порушень): Автореф. дис... канд. мед. наук. — К., 2004. — 18 с.
4. Дзяк Л.А., Зорін М.О., Сірко А.Г. та ін. Результати впровадження протоколів лікування тяжкої черепно-мозкової травми з позицій доказової медицини (аналіз летальності та якості життя хворих) // Укр. нейрохірург. журн. — 2007. — №3. — С.5–6.
5. Дядечко А.А. Оценка качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей // Укр. нейрохірург. журн. — 2007. — №3. — С.6.
6. Педаченко Г.А., Орлов Ю.А., Егунян М.А. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения травматических внутричерепных гематом у больных различного возраста // Нейрохирургия, 1989. — С.66–68.
7. Педаченко Е.Г. Отчет о НИР «На основании изучения патогенеза отдаленных последствий черепно-мозговой травмы и структурно-функциональной основы их клинических проявлений разработать методы диагностики, лечения и профилактики последствий черепно-мозговой травмы» — К., 1995. — 134 с.
8. Полищук Н.Е., Верхоглядова Т.П., Макеева Т.И. и др. Последствия ушибов головного мозга у лиц различного возраста // Нейрохирургия, 1989. — С.69–71.
9. Ромоданов А.П. Нейрохирургический аспект последствий закрытой травмы нервной системы // Нейрохирургия, 1989. — С.3–10.
10. Jennett B. Outcome after severe head injury // Head Injury / Eds. P. Reilly, R. Bullock. — Hodder Arnold, 2005. — P.441–485.
11. Jennett B., Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage // Lancet. — 1975. — N1. — P.480–484.
12. Jennett B., Teasdale G., Braakman R. Prognosis of patients with severe head injury // Neurosurg. — 1979. — N4. — P.283–289.
13. Marshall L.F., Gattille T., Klauber M.R. The outcome of severe closed head injury // J. Neurosurgery. — 1991. — V.75. — P.28–36.
14. Murray L.S., Teasdale G.M., Murray G.D. Does prediction of outcome after patient management? // Lancet. — 1993. — V.34. — P.1487–1491.