

Резолюція науково-практичної конференції нейрохірургів України «Критерії якості життя хворих після нейрохірургічних втручань» (26–28 вересня 2007 року, м. Коктебель АР Крим)

26–28 вересня 2007 року в м. Коктебель АР Крим відбулася щорічна науково-практична конференція нейрохірургів України «Критерії якості життя хворих після нейрохірургічних втручань», що стала значною подією для нейрохірургічної спільноти України та країн ближнього зарубіжжя, оскільки вперше заходи подібного масштабу були цілком присвячені такій важливій на сьогоднішній день, соціально значущій проблемі. В роботі конференції взяли участь 207 делегатів та 42 супроводжуючі особи з 8 країн світу (України, Росії, Молдови, Узбекистану, Словаччини, Німеччини, Швейцарії, Японії).

Відповідно до програми конференції проведені засідання, присвячені проблемі оцінки якості життя хворих, оперованих з приводу різноманітної нейрохірургічної патології.

1. «Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу нейротравми»;
2. «Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу церебральної судинної патології»;
3. «Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу пухлин головного мозку»;
4. «Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу спінальної патології»;
5. «Оцінка якості життя хворих після хірургічного лікування з приводу пошкодження нервів та больових синдромів»;
6. «Оцінка якості життя хворих дитячого віку після нейрохірургічного лікування»;
7. «Оцінка якості життя хворих після застосування методів функціональної нейрохірургії»;
8. «Міждисциплінарні аспекти оцінки якості життя хворих».

Всього зроблено 88 усних та 75 стендових доповідей.

26 вересня 2007 р. на зборах членів Української Асоціації Нейрохірургів прийнято рішення про перегляд суми щорічного членського внеску та встановлення її у розмірі 100 грн. для всіх членів Асоціації; також прийнято рішення про надання пільг молодим (віком до 35 років) членам УАН при оплаті ресстраційного внеску під час проведення конференцій та з'їздів. Обговорені ключові моменти проведення чергового IV з'їзду нейрохірургів України в 2008 р. в м. Дніпропетровську.

По проблемах, що обговорювалися на конференції, прийняті окремі резолюції.

«Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу нейротравми»

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) залишається однією з актуальних медичних і соціальних проблем. За даними статистики щороку ЧМТ отримують близько 200 тис. громадян України, значній частині потерпілих встановлюють інвалідність.

На пленарному засіданні, присвяченому цій проблемі, представлені 11 усних та 17 стендових доповідей. Висвітлені такі основні питання, як сучасні підходи до оцінки якості життя хворих з ЧМТ різної тяжкості та її наслідками, впровадження протоколів лікування хворих з ЧМТ з позицій доказової медицини, застосування адекватних критеріїв оцінки якості життя пацієнтів, клінічний прогноз, соціальна і трудова адаптація у різні періоди після травми та оперативного її лікування.

Під час пленарного засідання «Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу нейротравми» зазначено, що: прагнення уніфікації методичних прийомів сприяло розробці різноманітних шкал оцінки якості життя потерпілих. Провідне місце серед них посідає Шкала наслідків Глазго, яка є одним з суттєвих досягнень нейротравматології за останні кілька десятиліть. Також наголошувалося на необхідності впровадження найближчим часом зручних для практичного використання, клінічно показових та достовірних шкал оцінки якості життя пацієнта після ЧМТ з окремою оцінкою фізичних, психоневрологічних і соціальних функцій. Найбільш доцільними вважають наступні методологічні підходи до вивчення проблеми: оцінювати якість життя залежно від 1) нозології травми; 2) вихідного стану пацієнта; 3) якості лікування з дотриманням існуючих клінічних протоколів. Особливу увагу приділено так званій «легкій» та середнього ступеня тяжкості ЧМТ, які спричиняють різноманітні і, як правило, стійкі психоневрологічні розлади, що супроводжуються тривалим порушенням соціальної і, особливо, професійної адаптації. Також зауважувалося, що впровадження в клінічну практику нейрохірургічних закладів України стандартів організації та клінічних протоколів медичної допомоги при ЧМТ дозволяє сподіватися на покращення якості життя хворих після тяжкої ЧМТ. Протекорні результати клінічного застосування таких протоколів для лікування тяжкої ЧМТ свідчать про суттєве (на 30%) покращення функціональних наслідків травми, проте це питання потребує подальшого вивчення з використанням сучасних методів об'єктивного математичного аналізу.

За результатами пленарного засідання «Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу нейротравми» зроблено такі висновки.

1. Якість життя є найважливішим критерієм якості лікування хворих з ЧМТ.
2. Якість життя пацієнтів після ЧМТ, перш за все, визначається тяжкістю травми і якістю лікування, проведеного в гострому періоді.
3. «Легка» і середньої тяжкості ЧМТ спричиняє різні і, як правило, стійкі психоневрологічні розлади, що суттєво порушує соціальну і професійну адаптацію. За вогнищевого забою головного легкої і середньої тяжкості у віддаленому періоді у більшості

потерпілих за умови регресу структурних змін зберігаються стійкі функціональні порушення.

4. Для визначення професійної адаптації хворих з струсом та вогнищевим забоем головного мозку легкого та середнього ступеня виправдане проведення динамічного (в гострому, проміжному та віддаленому періодах травми) обстеження з використанням комп'ютерної нейропсихологічної діагностики, особливо в осіб з підвищеною відповідальністю трудової діяльності.

5. Особливий науковий інтерес та практичне значення має порівняльна оцінка якості життя залежно від якості проведеного лікування з дотриманням стандартів організації медичної допомоги і клінічних протоколів лікування ЧМТ.

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

Проблемі оцінки якості життя хворих, оперованих з приводу судинної патології головного мозку, присвячені 12 усних пленарних і 6 стендових доповідей.

Доповідачі відзначали, що в останнє десятиліття в Україні значно збільшилася поширеність цереброваскулярних захворювань та судинної патології головного мозку серед осіб працездатного віку. Смертність від судинних захворювань головного мозку посідає друге місце у структурі загальної смертності населення України. Цереброваскулярна патологія є найбільш частою причиною інвалідизації дорослого населення країни. Протягом останніх 15 років ці показники зросли майже вдвічі.

Найтяжчою формою цереброваскулярних захворювань є гостре порушення кровообігу головного мозку, яке в Україні щороку реєструють у 110–130 тисяч хворих. Наголошувалося, що своєчасність лікування хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу є одним з визначальних факторів позитивних результатів лікування та відновлення якості життя пацієнтів. Вирішення завдання збереження життя хворого за мінімальної інвалідизації після гострого порушення мозкового кровообігу дає можливість подальшого проведення спеціалізованого реабілітаційно-відновного лікування.

За результатами пленарного засідання, присвяченого оцінці якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу церебральної судинної патології, прийняті такі рішення.

1. Розробка та впровадження єдиних принципів ведення хворих з судинною патологією головного мозку потребують використання уніфікованих шкал та тестів, що дозволяє об'єктивно оцінити стан пацієнта у динаміці — на різних етапах захворювання, а також визначити ефективність тих чи інших методів лікування.

2. Сьогодні перевагу віддають інтегральному підходу до оцінки якості життя, який включає, як мінімум чотири критерії: фізичне, функціональне, психологічне та соціальне здоров'я.

3. Вибір тестів та шкал для оцінки якості життя пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями має ґрунтуватися на аналізі специфічності патології і періоду захворювання.

4. Оцінку якості життя хворих після гострого порушення мозкового кровообігу, потрібно проводити, користуючись шкалами та тестами відповідно до строків існування захворювання та його виду, які повною мірою дозволяють оцінити ступінь неврологічного дефіциту, відображують рівень соціально-психологічної адаптації хворого.

5. Найбільш адаптовані для визначення якості життя пацієнтів за гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним та геморагічним типом — шкала Л.Г. Столярової, шкала Lindmark, шкала Ренкін (Rankin Scale), Індекс активності у повсякденному житті Бартелла (Barthel ADL Index), шкала наслідків Глазго (Glasgow Outcome Scale).

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

На пленарному засіданні з питань оцінки якості життя хворих, оперованих з приводу пухлин головного мозку, заслухані 14 усних та представлені 19 стендових доповідей. У матеріалах засідання, зокрема, зазначалося, що за результатами епідеміологічних досліджень, проведених в економічно розвинених країнах, протягом останніх 15 років спостерігають збільшення частоти виявлення первинних пухлин головного мозку (близько 60% з яких є злоякісними) з 8,2 до 12,8 на 100 тис. населення; неспинно зростає захворюваність на метастатичні пухлини головного мозку. В Україні щороку виконують майже 4000 хірургічних втручань з приводу новоутворень головного мозку.

Проблема своєчасної ранньої діагностики пухлин головного мозку, комплексного лікування та післяопераційної реабілітації хворих є однією з актуальних в нейрохірургії і має важливе соціальне значення щодо оцінки якості їх життя після нейрохірургічних втручань. Відзначені певні особливості оцінки якості життя пацієнтів з новоутвореннями головного мозку, зокрема, слід брати до уваги показники, що залежать від значущих у таких ситуаціях факторів. Оцінку якості життя хворих з пухлинами головного мозку здійснюють за наступними показниками: 1) післяопераційна летальність; 2) тривалість безрецидивного періоду; 3) тривалість виживання; 4) власне якість життя; всі ці фактори безпосередньо залежать від таких чинників, як гістоструктура пухлини, її локалізація, стадія процесу, вихідний стан пацієнта та його вік, радикальність оперативного втручання, застосування ад'ювантної терапії.

За результатами пленарного засідання «Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу пухлин головного мозку» зроблено такі висновки: існує необхідність стандартизації результатів оперативного лікування хворих з пухлинами головного мозку та використання уніфікованих, зручних для практичного застосування шкал з метою достовірної оцінки їх якості життя, проте при цьому обов'язково слід зважати на такі значущі чинники, як вік і стан пацієнта, нозологія, стадія захворювання, радикальність операції, застосування ад'ювантної та відновної терапії.

«Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу спінальної патології»

На пленарному засіданні, присвяченому питанням якості життя хворих після нейрохірургічних втручань з приводу спінальної патології заслухано 21 доповідь та представлено 14 стендових повідомлень. Багатьма доповідачами зазначалося, що нейрохірургічне лікування захворювань хребта та спинного мозку в Україні зараз перебуває на висоті свого розвитку, прогресивно впроваджуються нові методи лікування, отримуються нові дані, досягаються намічені перспективні напрямки розвитку. Останнім часом для підвищення якості оцінки результатів хірургічного лікування хворих, а, відповідно, і якості їх життя у віддаленому періоді після оперативного втручання використовують параметричні критерії стандартизованої бальної оцінки, що дозволяє співставити результати лікування різних захворювань спинного мозку та хребта. Зокрема, зазначалося, що сьогодні при оцінці якості життя пацієнтів зі спінальною патологією застосовують різноманітні шкали, які можна згрупувати залежно від того, які саме параметри є критерієм їх оцінки:

- 1) шкали для оцінки больового відчуття;
- 2) комплексні шкали, за якими оцінюють ступінь інвалідизації хворих або вираженість неврологічних та функціональних розладів;

- 3) окремо існують шкали для оцінки якості життя хворих з дегенеративними процесами шийного та поперекового відділів хребта, травмою, пухлинами хребта і спинного мозку. Зауважувалося, що останні шкали найменш розроблені і застосування їх обмежене, що зумовлене різноманітністю та суттєвими варіаціями неврологічних симптомів, больових проявів, інвалідизації хворих залежно від типу новоутворення, його локалізації, своєчасності діагностики, застосування хіміотерапії та опромінення у комплексному лікуванні таких пацієнтів.

За результатами пленарного засідання, присвяченого проблемам оцінки якості життя у хворих після нейрохірургічних втручань з приводу спінальної патології, зроблені такі висновки.

1. Клінічна оцінка результатів хірургічного лікування патології хребта і спинного мозку та визначення якості життя пацієнтів – досить складне і багатопланове питання.

2. Використання стандартних шкал дозволяє об'єктивізувати результати лікування та співставити дані оцінки якості життя пацієнтів за різними шкалами.

3. Шкалу якості життя Karnofsky сьогодні вважають дещо застарілою та неповною; з численних існуючих шкал найчастіше застосовують такі: Visual Analog Scale — VAS (Huskisson, 1982), Numerical pain scale — NPS (Jenson, 1986), McGill/Melzak pain questionnaire (Melzack, 1975), Pain drawing (Mooney, Robertson, 1976), Pain Disability Index (Tait, 1987), Dallas Pain Questionnaire (Lawlis, 1989), Simple Description Intensity Scale. Як показали численні клінічні дослідження, всі зазначені шкали можна з успіхом застосовувати для оцінки якості життя оперованих хворих з усіма видами патології хребта та спинного мозку.

«Оцінка якості життя хворих після хірургічного лікування з приводу пошкодження нервів та больових синдромів»

На секційному засіданні з питань оцінки якості життя пацієнтів, оперованих з приводу пошкодження нервів та больових синдромів, презентовано 10 усних доповідей. Промовці відзначили, що сьогодні в усьому світі триває інтенсивна розробка методик визначення якості життя хворих за найбільш поширених хронічних захворювань і патологічних станів у зв'язку з визнанням критеріїв якості життя невід'ємною частиною комплексного аналізу нових методів профілактики, діагностики, лікування та його результатів, якості допомоги, що надається, тощо. Доповідачі зауважили, що на теперішній час термін «якість життя» уточнений, він трансформувався у поняття «якість життя, пов'язана з здоров'ям» (health related quality of life, HRQL), як один з основних критеріїв оцінки здоров'я хворого як на індивідуальному, так і груповому рівні. Також неодноразово наголошувалося на тому, що суб'єктивна компонента є не лише домінуючою в оцінці якості життя, а й, як правило, справляє суттєвий вплив на перебіг захворювання. Об'єктивна оцінка інтенсивності болю є основною методологічною проблемою, оскільки дуже важко, якщо взагалі можливо, виміряти суб'єктивне відчуття, яким, за визначенням, є біль.

За результатами секційного засідання, присвяченого питанням оцінки якості життя пацієнтів після нейрохірургічних втручань з приводу пошкодження нервів або наявності больових синдромів, відзначено доцільність впровадження в повсякденну лікувальну практику спеціалістів нейрохірургічного та невролого-нейрохірургічного профілю найбільш простої, зручної та доступної багатопараметрової оцінки якості життя пацієнтів, за основу якої прийнято Європейський тест якості життя (EuroQuality of Life - 5 Dimension) за 5 напрямками: мобільністю, самообслуговуванням, побутовою активністю, наявністю болю/дискомфорту, тривоги/депресії.

«Оцінка якості життя хворих дитячого віку після нейрохірургічного лікування»

На секційному засіданні, присвяченому питанням оцінки якості життя дітей після проведених нейрохірургічних втручань з приводу травм, вродженої патології, онкологічних захворювань нервової системи представлено 9 усних та 13 стендових доповідей. Доповідачі відзначили, що в клінічній практиці широко застосовують шкалу оцінки якості життя Karnofsky, шкалу наслідків Глазго, шкалу ступеня інвалідизації Ренкіна, шкалу Ланскі та багато інших. Проте в усіх цих шкалах лише частково взято до уваги специфіку ураження нервової системи та вихідний стан хворого, тобто, на момент звернення по медичну допомогу, на жаль, вони практично не адаптовані до використання у пацієнтів дитячого віку (крім шкали Ланскі).

За результатами секційного засідання запропоновано у дітей з ураженням нервової системи застосовувати бальну шкалу якості життя, розроблену і впроваджену в практику в дитячій клініці Інституту нейрохірургії, що за 6 років застосування виявилася адекватною та досить простою у використанні. Зазначена шкала базується на оцінці двох блоків адаптації

дітей до навколишнього середовища: перший блок характеризує психоневрологічний статус дитини (зокрема, психічну діяльність, рухові, зорові функції, мовлення, а також наявність чи відсутність епілептичних нападів); другий – ступінь соціальної адаптації (в тому числі, чи може дитина з такою патологією перебувати у сім'ї, чи вона потребує окремого догляду у спеціалізованому закладі) з огляду на пізнавальні здібності дитини та її здатності до навчання.

«Оцінка якості життя хворих після застосування методів функціональної нейрохірургії»

На секційному засіданні, присвяченому питанням якості життя після застосування методів функціональної нейрохірургії, презентовані 4 усні доповіді. Доповідачі зазначали, що завдяки вдосконаленню діагностики, впровадженню нових технологій хірургічного лікування, а також покращення реабілітаційних заходів стало можливим надавати ефективну допомогу пацієнтам з функціональними розладами нервової системи. Хоча, на жаль, деякі методики досить повільно впроваджуються в практику (електростимуляція при епілепсії, паркінсонізмі та ін.), а деякі взагалі не застосовуються (на сьогодні в Україні немає жодної працюючої установки типу «гамма-ніж», обмежена кількість стереотаксичних апаратів). Основними критеріями оцінки якості життя у пацієнтів після нейрохірургічних функціональних втручань є визначення ступеня регресу самого захворювання та пов'язаних з ним психічних розладів (шкала Енгела у хворих на епілепсію; при паркінсонізмі – шкала Хена і Яра, уніфікована рейтингова шкала оцінки проявів паркінсонізму, шкала повсякденної активності Шваба та Інганда, також використовують Mini Mental State Examination, шкалу Гамільтона, тест Бека – для оцінки ступеня емоційних розладів); крім того, окремим блоком розглядаються фактори – соціальні, економічні, психологічні тощо, які підвищують якість життя або негативно позначаються на ній.

За результатами секційного засідання, присвяченого питанням оцінки якості життя хворих, у яких застосовані методи функціональної нейрохірургії, прийняті такі рішення.

1. Раннє виявлення фармакорезистентних форм епілепсії та паркінсонізму, застосування адекватних хірургічних методик сприяють досягненню задовільних післяопераційних результатів.

2. Стереотаксичні втручання є ефективним та безпечним методом лікування тяжких форм епілепсії. Припинення епілептичних нападів або зниження їх частоти та вираженості, а також корекція психічних розладів дозволяють покращити якість життя таких хворих.

3. Шляхами покращення якості життя хворих на паркінсонізм після хірургічного лікування сьогодні вважають: застосування сучасної стереотаксичної техніки; впровадження глибокої мозкової стимуляції та радіохірургічних, а також нейротрансплантаційних методик (стовбурові клітини, клітинна, білкова та генна інженерія).

«Міждисциплінарні аспекти оцінки якості життя хворих»

На секційному засіданні з міждисциплінарних аспектів оцінки якості життя хворих представлено 7 усних та 6 стендових доповідей. Під час засідання доповідачі зазначали, що сьогодні для оцінки якості життя хворих за різних патологічних станів в світі розроблено понад 150 різноманітних шкал, більшість з яких ґрунтуються на якісній і кількісній оцінці стану пацієнта, проведеній об'єктивно лікарем або суб'єктивно хворим (чи його родичами).

За результатами секційного засідання зроблено такі висновки.

Останнім часом все більшого значення набувають методи об'єктивної оцінки якості життя пацієнтів після нейрохірургічних втручань, що мають важливе прогностичне значення і є маркерами динамічної оцінки якості життя на різних етапах лікування. Такими методами можуть бути інструментальні дослідження, методи нейровізуалізації, КТ, ангіо-КТ, ангіо-МРТ, доплерографія, морфологічні дослідження. Особливу роль в оцінці якості життя відіграють методи функціональної діагностики, зокрема, електронейроміографія в її різних модифікаціях, що дозволяє з високим ступенем статистичної значущості об'єктивізувати динамічну оцінку якості життя хворих.