

Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу нейротравми

Клинический прогноз и трудовая адаптация в отдаленном периоде лечения травматических внутричерепных гематом

Берснев В. П., Иванова Н. Е.,
Касумов Р. Д., Курбанзаде Р. К.

Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург,
ул. Маяковского, 12, тел 273-81-67,
Ivamel@yandex.ru

Проанализированы результаты лечения 197 больных с изолированными травматическими внутричерепными гематомами в остром и отдаленном периоде со сроками катамнеза от 1 до 22 лет. Большинство пациентов 78% — находилось в трудоспособном возрасте до 60 лет. Субдуральные гематомы были у 102 больных, эпидуральные — у 40, эпи-субдуральные — у 17, внутримозговые — у 21, субдуральная и внутримозговая — у 13, эпидуральная и внутримозговая — у 2 пациентов.

Для оценки качества социально-трудовой адаптации использовались два критерия: начало трудовой деятельности и качество трудовой активности в отдаленном периоде. 1 группа инвалидности устанавливалась при выраженных корково-очаговом и психопатологическом синдромах, 2 группа — при гипертензионно-гидроцефальном, эпилептическом, умеренно выраженным корково-очаговым и психопатическим синдромах, 3 группа — при незначительных проявлениях и сочетаниях корково-очагового, вегетативно-сосудистого, гипертензионно-гидроцефального, астенического и трепанированного черепа синдромов.

Восстановление трудоспособности больных зависело от тяжести полученной травмы, локализации, преморбидной личности, семейного положения, вредных привычек, сопутствующей соматической патологии, реабилитационного лечения.

К профессиональной деятельности на прежних условиях вернулось 45 (20,6%) пациентов, в облегченных условиях труда — 11.

Одним из основных факторов восстановления трудоспособности и снижения инвалидизации является раннее хирургическое лечение, своевременное устранение дислокации головного мозга. Улучшение результатов лечения больных с ЧМТ возможно лишь на основании раннего реабилитационного лечения и повторения курсов восстановительной терапии.

Оценка исходов и качества жизни у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой

Боряк А. Л., Энглезли А. П.

(НИИ травматологии и ортопедии
ДонГМУ им. М Горького, г. Донецк)

В настоящее время в структуре травматизма, вызванного различными техногенными факторами сочетанная ЧМТ составила по данным разных ав-

торов от 70 до 90%. По данным ВОЗ травма стоит на третьем месте среди причин летальности и на первом месте среди населения до 40 лет. Однако не менее важным является не только сохранение жизни больного, но и улучшение качества жизни.

Целью нашей работы явилось изучение исходов и качества жизни больных, перенесших различные виды сочетанной ЧМТ.

Материал и методы. Нами подвергнуты анализу 114 историй болезни и 89 амбулаторных карт пострадавших, у которых имело место сочетанное ЧМТ. Из всех случаев ЧМТ сочетались с повреждением позвоночника и спинного мозга 58,8% случаев, опорно-двигательного аппарата 12,8% случаев, органов грудной клетки 1,8%, органов брюшной полости 2,6%. По тяжести состояния все травмированные разделены на 4 группы: к первой группе отнесена вся тяжёлая ЧМТ и тяжёлая внечерепная травма (10,5%), ко второй тяжёлая ЧМТ с нетяжёлым внечерепным компонентом (4,4%), к третьей лёгкая ЧМТ и тяжёлые сочетанные повреждения (47,4%), к четвёртой лёгкая ЧМТ и нетяжёлая сочетанная травма (37,7%). Всем больным оказывалось комплексное медикаментозное и хирургическое лечение. Мы применяли шкалу исходов ЧМТ Глазго (шведскую версию) для оценки исходов и качества жизни наших больных. Сроки наблюдения составляли от 2 до 5 лет. Согласно данной шкалы определены следующие градации состояний у больных перенесших ЧМТ: А. Смерть, В. Вегетативное состояние, С. Тяжёлое нарушение жизнедеятельности, низкий уровень, D. Тяжёлое нарушение жизнедеятельности, более высокий уровень, E. умеренное нарушение жизнедеятельности, низкий уровень, F. Умеренное нарушение жизнедеятельности, более высокий уровень, G. Хорошее восстановление, низкий уровень, H. Хорошее восстановление, высокий уровень.

Обсуждение результатов. Согласно этой шкалы больные первой и особенно второй группы впоследствии трансформируются в состояние В, С. Тяжёлая ЧМТ в виде ушибов и сдавления головного мозга переходит либо в вегетативное состояние, либо в тяжёлое нарушение жизнедеятельности высокий уровень, так как тяжесть ЧМТ определяет стойкий неврологический дефицит. Больные группы 2 тяжёлый внечерепной компонент травмы, приводящий как правило к шоку и гипоксической энцефалопатии в остром периоде усиливает церебральный неврологический дефект в отдалённом периоде. Больные с краниоспинальной травмой, отнесённые нами к группе 2 также сохраняют грубый неврологический дефицит. Больные третьей группы в отдалённом периоде переходят в состояние E и F, так как тяжёлый внечерепной компонент привёл впоследствии к стойким неврологическим нарушениям (шок). Группа 4 наших больных трансформирована в состояние G, H вышеприведенной шкалы.

Выводы: 1. Тяжесть черепного компонента сочетанной ЧМТ определяет степень нарушения неврологических функций в отдалённом периоде.

2. Внечерепной компонент ухудшает нарушение церебральных функций в отдалённом периоде травмы из-за синдрома взаимного отягощения в остром периоде.

3. Ухудшение степени восстановления неврологического дефекта при сочетанной ЧМТ связано во-первых с перенесенной гипоксической дисциркуляторной энцефалопатией в остром периоде травмы, либо с сочетанным повреждением спинного мозга в различных его отделах.

Улучшение качества жизни у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой

*Бурлай В.З., Перцов В.И.,
Дейниченко Ю.К., Беленичев И.Ф.,
Серета Д.А., Ивахненко Д.С., Нелепин С.Н.,
Белименко В.А., Козин М.В.*

*Запорожский государственный медицинский университет, городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи,
г. Запорожье, 69000,
ул. Победы 80, тел. 8(0612) 343-686
E-mail: nxob40354@mail.ru*

Цель. Изучение влияния тиоцетама на течение острого периода тяжелой ЧМТ.

Материал и методы. Проанализированы результаты комплексного лечения включающие в себя применение тиоцетама у 30 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ.

Возраст больных составлял от 14 до 60 лет. С целью контроля взята группа из 40 больных, которым применялась стандартная терапия.

По шкале Глазго тяжесть больных основной группы составляла в 11 случаях 15—12 баллов, в 9 случаях 9—11баллов, в 7 случаях 8—10 баллов, в 3-х случаях 6—8 баллов.

В неврологическом плане в начале лечения отмечены парезы различной степени у 22 больных с выраженностью двигательного дефекта от 2 до 4 баллов, по 5 бальной шкале; различные формы афазий у 16 пациентов; когнитивные расстройства отмечены практически у всех больных основной группы.

Компрессия головного мозга верифицирована у 18 пациентов. Все больные оперированы.

В контрольной группе больных отмечались аналогичные по частоте и выраженности неврологические и психопатологические синдромы.

Параллельными клинико-экспериментальными исследованиями на базе кафедры фармакологии ЗГМУ было выявлено, что назначение тиоцетама в остром периоде ЧМТ уменьшало выраженность оксидативного стресса, улучшало энергетический метаболизм, повышало вызываемость нейронов сенсомоторной зоны коры и СА1 зоны гиппокампа.

Лечение тиоцетамом начинали в 1-е—5-е сутки с момента поступления, в дозе по 10 мл 2 раза в день на 450,0 физ. р-ра в течение 10 суток. В основной группе больные получали пирацетам в рекомендуемых дозировках.

В 27 наблюдениях основной группы отмечено более быстрое улучшение состояния на фоне применения препарата, по сравнению с контрольной группой, в виде уменьшения в первую очередь общемозговой и очаговой неврологической симптоматики к концу курса лечения. В 3 случаях оценить эффект препарата оказалось невозможным из-за тяжести состояния и грубых нарушений гомеостаза.

Выводы. Применение тиоцетама в остром периоде тяжелой ЧМТ, даёт возможность улучшить исходы течения травматической болезни головного мозга и повысить качество жизни больных.

Порівняльна оцінка якості життя хворих при пункційному та тотальному видаленні абсцесів головного мозку

*Гринів Ю.В., Скрипко В.Д., Потапов О.І.,
Мартин А.Ю., Худецький Ю.П.*

*Обласна клінічна лікарня,
м. Івано-Франківськ*

В даний час велика увага лікарів різних спеціальностей, в тому числі і нейрохірургів, звертається на якість життя хворих після агресивних методів лікування (хірургія, променева терапія, хіміотерапія) різної патології людини. Цьому питанню присвячена велика кількість публікацій і розроблено більше 30 шкал оцінки якості життя. Нами проведений порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування абсцесів головного мозку супратенторіальної локалізації у хворих, які оперовані шляхом кістково-пластичної (з тотальним видаленням абсцесу) та фрезевої трепанації черепа з пункцією порожнини абсцесу. Результати оцінювались за шкалою «якості життя», розробленої в Інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданов (2001 р.). Оцінка проводилась до операції, в перші два тижні після втручання, та у віддалений період через 3—5 місяців.

Спостерігалось на протязі 1997—2006 рр 43 хворих з абсцесами великих півкуль головного мозку, вік хворих коливався від 19 до 56 років. З них 24 хворих оперовано шляхом кістково-пластичної трепанації (перша група), 19 хворих шляхом фрезевої трепанації (друга група). Віддалені наслідки операції вивчені у 38 хворих (86,1%). Згідно показників шкали, якість життя в обох групах до операції була в межах 35—40 балів. В післяопераційному періоді (7—14 днів) цей показник відрізнявся у досліджуваних хворих. Так у 9 випадках першої групи хворих відразу після операції спостерігалось наростання рухових порушень в кінцівках (геміпарези), в мовній сфері (моторна, сенсорна афазії), показники якості життя у цих хворих були оцінені в 55 балів, в той же час в другій групі хворих прогресування неврологічної симптоматики після операції не відмічено, і показник якості життя встановлений на 75 балів.

Огляд хворих через 3—5 місяців виявив, що в першій групі, крім рухових порушень у 19,3% хворих, спостерігалися епілептичні приступи, порушення психічної діяльності та соціальної адаптації, показник якості їх життя був оцінений в 75 балів, у хворих другої групи дані психоневрологічного статусу і соціальної адаптації були вищими, а показник якості життя становив 90 балів.

Висновки: оцінка якості життя хворих в ранньому післяопераційному та віддаленому періодах після видалення абсцесу головного мозку різними способами показало перевагу малоінвазивного (пункційного) методу над кістково-пластичною трепанацією черепа з тотальним видаленням абсцесу.

Дифференцированное лечение тяжелых очаговых ушибов головного мозга

Гуранда Виорел

Клиническая Городская Больница г. Бельцы,
отделение нейрохирургии,
Молдова, 3100, г. Бельцы, ул. Дечебал, 101,
тел. 0373 690-55329 факс: 0373 231-72703
viorel_guranda@mail.ru

Цель исследования. Определения критериев и тактики лечения тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации, которые бы обосновали их консервативное либо оперативное лечение.

Материалы и методы. Из нашего банка данных по тяжелой черепно-мозговой травме проанализировано 28 комплексно обследованных и верифицированных наблюдений пострадавших с тяжелыми очаговыми ушибов головного мозга лобной и височной локализации, прошедших лечение в отделении нейрохирургии Клинической Городской Больницы г. Бельцы.

Критериями отбора служили данные КТ в динамике, свидетельствующие о том, что ведущими слагаемыми тяжелой ЧМТ являлись тяжелые очаги ушибов головного мозга лобной и височной локализации.

Распределение пострадавших по возрасту было достаточно типичным для черепно-мозговой травмы, в возрасте от 41 до 50 лет (28%), как и соотношение мужчин и женщин-4:1. Распределение тяжелых очаговых ушибов головного мозга по долевой локализации: лобная доля — 50%, височная доля — 25%, множественные — 25%. 14 пострадавших было прооперировано, а 14 вели консервативно. Распределение наблюдений по тяжести состояния и характеру лечения: 13—15 балл. ШКГ, оперативное лечение 2(7%), консервативное ведение 9(32%), всего 11(39%); 9—12 балл. ШКГ, оперативное лечение 7(25%), консервативное ведение 4(14%), всего 11(39%); 3—8 балл. ШКГ, оперативное лечение 5(17%), консервативное ведение 1(3%), всего 6(21%); всего оперативное лечение 14(50%), консервативное ведение 14(50%), всего 28(100%).

Результаты и их обсуждение. Представлены исходы тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации в зависимости от характера лечения по шкале исходов Глазго. Хорошее восстановление: оперированные 4(14%), неоперированные 9(32%). Умеренная инвалидизация: оперированные 3(10%), неоперированные 3(10%). Грубая инвалидизация: оперированные 1(3%), неоперированные 1(3%). Вегетативный статус: оперированные 0(0%), неоперированные 0(0%). Смерть: оперированные 6(21%), неоперированные 1(3%).

Сравнивая результаты лечения пострадавших при хирургическом вмешательстве и при консервативном ведении, видим, как значительны возможности и эффективность медикаментозного воздействия при тяжелых очаговых ушибов головного мозга лобной и височной локализации.

Выводы. Анализируемые наблюдения, когда при ведении пострадавших с тяжелыми очаговыми ушибами головного мозга лобной и височной локализации стали строже придерживаться предложенных критериев дифференцированного лечения, показали положительную динамику результатов.

Результати впровадження протоколів лікування тяжкої черепно-мозкової травми з позицій доказової медицини (аналіз летальності та якості життя хворих)

Дзяк Л.А., Зорін М.О., Сірко А.Г.,
Гришин В.І.*, Дудукіна С.О.*,
Халімончик В.В.*, Магала Н.С.*

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня
ім. І.І. Мечникова*, Дніпропетровськ,
пл. Жовтнева 14, 49005,
8-0562-7135113, neurosirko@ua.fm

Мета. Вивчити вплив застосування протоколів діагностики та лікування, що базуються на доказовій медицині, на летальність та якість життя хворих з тяжкою черепно-мозковою травмою (ТЧМТ).

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 2-х груп хворих з ТЧМТ, що знаходились на лікуванні у відділенні нейрореанімації Дніпропетровської обласної клінічної лікарні. Критерії включення хворих в дослідження були наступними: хворі з ізольованою черепно-мозковою травмою з субдуральними гематомами та/чи внутрішньо-мозковими вогнищевими ураженнями в перші 24 години з моменту травми при рівні свідомості 4—7 балів за шкалою ком Глазго (ШКГ), вік хворих до 60 років. У дослідження не були включені хворі, що мали хоча б один з наступних критеріїв: двосторонній фіксований мідріаз, інтраопераційне сплучування мозку, середній артеріальний тиск < 90 мм. рт. ст., SaO₂ < 93%.

Основну групу склали 20 проспективно досліджених хворих, що знаходились на лікуванні в 2006—2007 році. Цим хворим проводився мультимодальний фізіологічний моніторинг, що включав: моніторинг внутрішньочерепного тиску (ВЧТ), церебрального перфузійного тиску (ЦПТ), мозкового кровотоку методом транскраніальної доплерографії, моніторинг основних життєво важливих показників організму та газів крові. Лікування хворих даної групи проводилось відповідно до сучасних рекомендацій по лікуванню ТЧМТ (Management and prognosis of severe traumatic brain injury, 2000, updates 2003; Guidelines for the surgical management of traumatic brain injury, 2006).

Вимірювання ВЧТ проводилось паренхіматозними та вентрикулярними датчиками монітором ICP Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg). Метою інтенсивної терапії хворих основної групи було досягнення кінцевих показників: ВЧТ менше 20 мм. рт. ст., ЦПТ 70 мм. рт. ст., SaO₂ 99 — 100%, PO₂ в артеріальній крові не менше 150 мм. рт. ст., PCO₂ в артеріальній крові 36—42 мм. рт. ст.

Кожному хворому з основної групи ретроспективно (2004—2005 роки) підібрана пара — хворий з відомим катамнезом та аналогічними характеристиками: віком, рівнем свідомості за (ШКГ), результатами комп'ютерної томографії (контрольна група). Обстеження та лікування хворих даної групи проводилось відповідно до існуючих на той час методичних рекомендацій.

Результати лікування оцінені за п'ятиступінчатою шкалою виходів Глазго через 3 місяці з моменту травми (Jennett B, Bond M. «Assessment of outcome after severe brain damage», Lancet 1975).

Результати та їх обговорення. В контрольній групі отримані наступні результати: померло 8 хворих (40%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 7 хворих (35%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 5 хворих (25%). В основній групі померло 4 хворих (20%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 5 хворих (25%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 11 хворих (55%).

Висновки. Застосування мультимодального фізіологічного моніторингу (в першу чергу ВЧТ, ЦПТ, газу крові) і проведення терапії, відповідно до існуючих протоколів, дозволяє досягти значного зменшення летальності і покращення функціональних виходів при лікуванні хворих з ТЧМТ.

Вплив нейропротекторної інтенсивної терапії на якість життя хворих після тяжкої нейротравми

Клигуненко О. М., Дзяк Л. А., Зозуля О. О.

ДДМА (вул. Дзержинського, буд. 9, м. Дніпропетровськ, 49044; тел. 8056-713-53-08, E-mail: dzyak_la@dsma.dp.ua)

Мета. Вивчити вплив різних варіантів нейропротекторної терапії на якість життя хворих через 2,5—3 роки після ТЧМТ.

Матеріали та методи. Обстежено 65 хворих чоловічої статі, 22 — 55 років, рівень свідомості — не більш 7 балів за ШКГ, середня тривалість коматозного періоду $8,5 \pm 1,7$ діб. За видом нейропротекторної інтенсивної терапії хворих було розподілено на 3 групи. I група (16 хворих) мала фармакометаболічний захист мозку комбінацією тіопенталу натрію та ГОМКу. В II групі (29 хворих) до вказаних препаратів з 3-ї доби додавали курс гіпербаричної оксигенації (ГБО). Хворим III групи (20 чоловік) вищезазначену терапію поєднували з перфтораном. У віддаленому періоді вивчали рівень соціально-трудової адаптації, неврологічний статус, ЕЕГ, мнестичні функції, працездатність.

Результати. У пацієнтів всіх груп виявлено астено-невротичний синдром. У I групі повна трудова адаптація відновилася у 50% обстежених, близько 30% мали II або III групу інвалідності. Розсіяна неврологічна симптоматика виявлена у 8 хворих, у 5 хворих — вогнищеві симптоми. На ЕЕГ — стертість регіонарних кордонів ритміки, зниження реактивності зі зменшенням амплітуди та регулярності α -ритму. Короткотермінова пам'ять знижувалася на 39,9% при 100% збереженні зорової. Швидкість орієнтовно-пошукових рухів знижувалася на 47,3%, увага — на 8,6%, працездатність — більше ніж вдвічі. У II групі соціально-трудова адаптація відновилася у повному обсязі в 79%, III група інвалідності — у 21%. У 68% обстежених виявлено розсіяну неврологічну симптоматику, але вогнищеві симптоми приєднувалися до неї лише у 7,5%. На ЕЕГ виявлено ознаки дисфункції дієнцефально-стовбурових відділів. При цьому виявлено зниження короткострокової пам'яті на 14,5%, при 100% збереженні зорової, зменшення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 22,9%, уваги — на 7,4%, працездатності — на 1/3 від норми. Серед хворих III групи соціально-трудова адаптація повністю відновилася у 71% випадків, II та III групи інвалідності — у 29%. 71% обстежених мав розсіяну неврологічну симпто-

матику, до якої у 29% приєднувалася вогнищева. У половини обстежених на ЕЕГ виявлена стертість регіонарних кордонів. Виявлено зниження короткострокової пам'яті на 28,9%, при 100% збереженні зорової, вповільнення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 16,9%, при повному відновленні уваги та зниженні працездатності всього на 15%.

Висновки: 1. Інтенсивна терапія гострого періоду ТЧМТ повинна включати нейропротекцію.

2. Для підвищення відповідності між потребою клітин головного мозку у кисні та його постачанням нейропротекція повинна зменшувати інтенсивність обмінних процесів у клітинах (наприклад, барбітурати), забезпечувати пряме збільшення постачання O_2 (ГБО, перфторан) та захищати мембрану клітин від руйнівного впливу гіпоксії.

Оценка качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей

Дядечко А. А.

*Институт нейрохирургии
им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru*

Целью работы является определение критериев качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей в зависимости от времени ее выявления и проводимого лечения.

Материалы и методы. Анализировано 224 случая посттравматической назальной ликвореи. Катамнез составил от 1 до 3 лет. Качество жизни оценивалось по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale).

Результаты и их обсуждение. У всех больных истечение жидкости появилось в первые две недели после травмы, диагноз ликворея установлен в различные сроки с момента возникновения. В 164 случаях ликворея выявлена в первые дни после травмы, в 60 случаях — в сроки от 1 до 3 лет с момента возникновения.

В первой группе оперативное вмешательство проведено только в 5% случаев. У большинства больных с успехом использовалось консервативное лечение согласно разработанной в клинике схеме, а также по показаниям — длительное люмбальное дренирование. Воспалительные осложнения отмечались только у 2 из 164 больных.

По шкале исходов Глазго хорошее восстановление отмечалось в 50% случаев, умеренная инвалидизация — в 45%, грубая ивализация — в 5%.

Во второй группе хирургическое вмешательство потребовалось в 100% случаев, менингиты и менингоэнцефалиты возникли у 46 из 60 больных. В послеоперационном периоде всем больным устанавливали длительный люмбальный дренаж, больные получали консервативное лечение по схеме до 3 месяцев с рекомендацией соблюдать щадящий режим с исключением физических нагрузок до 3 лет. В большинстве случаев отмечалась грубая и умеренная инвалидизация. К прежней жизни вернулось 10% больных.

Выводы. 1. Отмечается прямая зависимость качества жизни пациентов с посттравматической назальной ликвореей от длительности заболевания

и сроков лечения — чем раньше начато лечение, тем лучше функциональные исходы.

2. Ранняя диагностика позволяет применять консервативное лечение и длительное люмбальное дренирование, повышая качество жизни пациентов.

Определение критериев оценки качества жизни больных с НІV

Дядечко А. А.

Институт нейрохирургии

*и.м. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru*

Целью работы является определение критериев оценки качества жизни больных с НІV на основе оценки клинических проявлений, тяжести заболевания (клинической категории).

Решение проблемы осложняется многогранностью проявлений заболевания и связанных с ним социальных проблем.

Материал и методы. Проведен анализ 30 случаев с различной нейрохирургической патологией на фоне НІV и НІV-ассоциированными очаговыми поражениями головного мозга (клинические категории А, В, С).

Результаты и их обсуждение. Наряду с эмоционально — волевыми расстройствами, существенно затрудняющими лечение, ведущую роль играет симптомокомплекс, характерный для данной клинической категории и НІV-ассоциированных заболеваний. Основные неврологические проявления со стороны ЦНС и периферической нервной системы обусловлены оппортунистическими инфекциями и их гнойными осложнениями, новообразованиями, НІV-деменцией, метаболическими и токсическими расстройствами.

Для оценки качества жизни использовались шкалы и тесты соответственно основным проявлениям, характерным для каждого пациента в соответствии с клинической категорией.

Для оценки субъективного восприятия боли использовался Опросник Боли МакГилла. Когнитивные функции оценивались при помощи Шкалы Комы Глазго (оценка уровня сознания), теста «Ориентация-Память-Внимание», теста Мини-Ментал.

Психологическое благополучие оценивалось согласно Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии, Индекса Общего Психологического Благополучия. Для больных с онкологическими заболеваниями использовалась Шкала Карновского.

Важным при оценке качества жизни больных с НІV является определение нарушений жизнедеятельности (самообслуживания, мобильности, общения и обучения, межличностных взаимодействий и отношений, семейной и общественной жизни). С этой целью используется Индекс Активностей Повседневной Жизни.

Выводы. 1. Проведенный анализ указывает на зависимость качества жизни больных с НІV от принадлежности к определенной клинической категории.

2. Оценка качества жизни больных с НІV должна быть основана на многогранности клинических и социальных проявлений заболевания.

Факторы, влияющие на качество жизни, связанного со здоровьем у больных с повторной легкой ЧМТ.

Каждая Н. В.

Институт нейрохирургии

*и.м. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru*

Цель работы: Выделить факторы, улучшающие качество жизни, связанного со здоровьем у больных с повторной легкой ЧМТ в отдаленном периоде травмы.

Материал и методы исследования: К основным факторам, ухудшающим физическое здоровье, относят боль, астенизацию, нарушение двигательных функций и восприятия (Study protocol for the World Health Organization, 1993).

Для оценки исходов реабилитации больных, перенесших черепно-мозговую травму предложено несколько шкал. Наиболее полно отражающей исходы легкой черепно-мозговой травмы является шкала Исходов НИИ им. Н.Н. Бурденко. Интенсивность существующей боли оценена по короткой форме Опросника Мак-Гилла.

Исследованию подверглись 150 больных с повторной легкой черепно-мозговой травмой (от 1 до 4 в анамнезе) в отдаленном периоде (через 1,5—3 года после получения последней черепно-мозговой травмы).

Результаты и их обсуждение: Отмечено, что только у 16 больных (10,6%) можно было квалифицировать состояние больного как выздоровление (отсутствие жалоб, хорошее самочувствие, полное восстановление трудоспособности); легкая астения (повышенная утомляемость, но нет снижения памяти и затруднения концентрации внимания, работа с полной нагрузкой на прежнем месте) диагностирована у 32 (21,3%) больных; умеренная астения выявлена у 65 (43,3%) пострадавших (снижена память, трудится на прежней работе, но менее родуктивно чем до ЧМТ); грубая астения (быстро устает физически и психически, истощаемо внимание, частые головные боли и другие проявления дискомфорта, может трудиться на менее квалифицированной работе) диагностирована у 19 (12,7%) установлена 3 группа инвалидности; выраженные нарушения психики и/или двигательных функций но способность к самообслуживанию выявлена у 6 (4%) пострадавших, при этом устанавливается 2 группа инвалидности.

На выраженность посттравматических изменений влияют кратность (больше 2-х) перенесенной травмы, возраст (старше 60 лет) больных; наличие сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет).

Согласно Опроснику Боли Мак-Гилла выделены 5 категорий тяжести: 0 — нет боли — 24 больных (16%); 1 — боль низкой интенсивности, не ограничивающая жизнедеятельность или приводящая к легкой инвалидизации — 83 больных (55,3%); 2 — выраженная боль, не ограничивающая жизнедеятельность или приводящая к легкой инвалидизации — 35 больных (23,4%); 3 — боль, значительно ограничивающая трудоспособность и умеренно ограничивающая жизнедеятельность — 10 больных (5,3%); 4 — боль, значительно ограничивающая и трудоспособность, и жизнедеятельность больных. Больных с такой интенсивной головной болью не наблюдалось.

Выводы: Таким образом повторная черепно-мозговая травма в около 70% случаев может быть одним из основных факторов, влияющих на качество жизни, связанного со здоровьем.

Восстановительное лечение зрительных нарушений после черепно-мозговой травмы

*Жарова Е. Н., Иванова Н. Е.,
Кирьянова В. В.**

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. А. Л. Поленова*

**Санкт-Петербургская Медицинская
Академия последипломного образования,
Санкт-Петербург, ул. Маяковского д. 12,
тел. (812) 275-67-57,
E-mail-garlen@inbox.ru*

Проблема лечения больных с посттравматическими зрительными нарушениями остается актуальной в связи с высокой частотой и тяжестью клинических исходов.

Цель. В связи с этим целью нашего исследования было разработать и научно обосновать применение светодиодного излучения в лечении зрительных нарушений травматического генеза.

Материалы и методы. В РНХИ им. А. Л. Поленова на восстановительное лечение было взято 105 больных с нарушением зрения после нейротравмы. Топика поражения зрительного пути определялась на основании исследования зрительных функций, характера неврологических нарушений и результатов нейровизуализационных методов обследования (МРТ и КТ головного мозга), а также электроэнцефалограммы и исследование зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). При этом отклонения от нормы наблюдались у подавляющего большинства пациентов — 92,8% в основной группе, у 86,2% в контрольной группе.

Результаты и их обсуждение. После восстановительного лечения, включающего консервативную медикаментозную терапию и светодиодное излучение длиной волны 540 нм, больные осматривались нейроофтальмологом, проводилось исследование электроэнцефалограммы и зрительных вызванных потенциалов. В результате наблюдались динамические изменения остроты зрения, полей зрения, а также ЭЭГ и ЗВП данных. При этом хорошее восстановление (по шкале последствий нейротравм Глазго) достигнуто у 23,2% пациентов основной группы и только у 5,6% пациентов контрольной группы. При оценке изменений данных электроэнцефалограммы положительные изменения ЭЭГ преобладали в основной группе — 85,5%, $P < 0,001$.

Наблюдалось улучшение проведения по зрительному пути при исследовании ЗВП. Выявлено укорочение латентного периода у 74% больных в основной группе, тогда, как в контрольной группе только у 22%. Наблюдалась нормализация амплитудных параметров ЗВП у 71% пациентов в основной группе и лишь 19% в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, применение узкополосного некогерентного излучения длиной волны 540 нм в комплексном лечении зрительных нарушений травматического генеза более значительно улучшает клиническое течение заболевания по сравнению с группой больных, получавших одно медикаментозное лечение. Включение фотохромотерапии в комплекс лечения приводит к более быстрому и полному восстановлению зрительных функций.

Эффективность оказания помощи пострадавшим сельской местности с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой

Журавлев В. В.

*Донецкий Областной центр
экстренной медицинской помощи,
г. Донецк, 83110,
а/я 1412, 307-81-35;
serg1948@yandex.ru*

Цель. Повысить качество оказания помощи сельским жителям с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Проанализировано 404 случая оказания нейротравматологической помощи сельским жителям Донецкой области с изолированной (66,9%) и сочетанной (33,1%) черепно-мозговой травмой. Все больные были консультированы нейрохирургами по линии Донецкого областного центра экстренной медицинской помощи (ДОЦЭМП) и затем транспортированы в Донецкий областной нейрохирургический центр. Вся информация вводилась в информационную медицинскую систему «Медик-ЧМТ», анализировалась и подвергалась необходимому статистическому анализу. Оценка качества жизни проводилась в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ).

Результаты и обсуждение. Оценка качества жизни больных с изолированной ЧМТ показал, что умеренная инвалидизация отмечается чаще всего (81,4%), значительно реже встречалось хорошее восстановление (9,8%) и тяжелая инвалидизация выявлена в 8,8% случаев. При оценке качества жизни больных с сочетанной ЧМТ чаще всего (76,0%) выявлялась умеренная инвалидизация, реже тяжелая инвалидизация (17,7%) и только в 6,3% случаев наблюдалось хорошее восстановление с возможностью восстановления к труду.

Выводы. Качество жизни больных сельской местности, получивших ЧМТ определяется тяжестью травмы, изолированным или сочетанным ее характером и зависит от времени оказания специализированной помощи. При этом хорошее восстановление и/или умеренная инвалидизация чаще выявляется при изолированной ЧМТ. А тяжелая инвалидизация выявляется в несколько раз чаще в своей подгруппе при сочетанной ЧМТ. Таким образом, для повышения эффективности оказания помощи сельским жителям с ЧМТ, необходимо уделять больше внимания сочетанным повреждениям.

Улучшение качества жизни больных с посттравматической эпилепсией

*Каджая Н. В., Дядечко А. А.,
Белошицкий В. В., Бондарь Т. С.,
Болюх А. С., Кузьменко Д. А.*

*Институт нейрохірургії ім. акад
А. П. Ромоданова АМН України,
04050 Київ, вул Мануїльського, 32,
тел./факс (044) 489-31-88,
brain@neuro.kiev.ua*

Посттравматическая эпилепсия — серьезное осложнение черепно-мозговой травмы (ЧМТ), нередко приводящее к существенным ограничениям социальной активности потерпевших и ухудшающим качество их жизни. Различают ранние (в течение 7 дней после травмы) и поздние (после 7 дней) посттравматические эпилептические припадки. Данные исследований позволяют выделить следующие факторы риска развития судорог как в раннем, так и в отдаленном периодах ЧМТ: шкала комы Глазго < 10 баллов, наличие коркового ушиба, вдавленный перелом черепа, наличие эпидуральной гематомы, наличие субдуральной гематомы, наличие внутримозговой гематомы, проникающая ЧМТ, судороги в первые 24 часа после травмы.

Проведение противосудорожной терапии при посттравматической эпилепсии, несмотря на свою очевидность, сопровождается рядом неразрешенных проблем. ЧМТ вызывает продолжительные расстройства метаболизма нейронов, что позволяет рассматривать «посттравматическую нейральную депрессию» (post-traumatic neural depression) как показатель метаболических нарушений, риска осложнений и мишень для терапии. В частности, выраженность «нейральной депрессии» коррелирует с тяжестью дефицита когнитивных функций после ЧМТ (Hernandez T.D., 2006). В свою очередь, многие препараты, применяемые для лечения посттравматических судорог, являются «депрессантами ЦНС», снижающими уровень метаболизма нейронов. Имеются данные, что применение после ЧМТ бензодиазепинов, феноитоина, препаратов вальпроевой кислоты и карбамазепина нередко усугубляет отрицательные когнитивные эффекты ЧМТ.

Вышеизложенное обусловило повышенный интерес к такому антиконвульсанту как топирамат. Данное соединение, широкий фармакологический спектр которого включает механизмы блокирования каналов некоторых катионов и глутаматных рецепторов, демонстрирует способность регулировать нейрохимические и поведенческие дисфункции при экспериментальных ишемии и ЧМТ, обладая в частности нейропротективными свойствами. Так, назначение топирамата после ЧМТ в эксперименте приводило к отчетливому регрессу двигательных нарушений, улучшению когнитивных показателей, в частности, обучаемости и памяти, через 1 месяц после травмы (Hoover R.C. et al., 2004).

Нами изучалась эффективность лечения посттравматической эпилепсии у 20 больных с генерализованными эпилептическими приступами на протяжении 1 года. Топирамат (топилепсин производства фармацевтической компании «Здоровье») назначался в дозе 100—200 мг в сутки однократно. Частота припадков достоверно снизилась по сравнению с периодом до назначения противосудорожной терапии ($1,9 \pm 0,32$ в год против $5,1 \pm 1,21$). У 32% больных, получавших

топилепсин, эпилептические приступы в течение года отсутствовали. Данные результаты не отличались существенно от группы 20 больных, получавших традиционную противосудорожную терапию (карбамазепин, вальпроаты), в которой частота приступов составляла $2,2 \pm 0,81$. Однако, пациенты, получавшие топилепсин, к исходу года продемонстрировали лучшие результаты нейропсихологического тестирования в сравнении с традиционным лечением. Применялись компьютерные тесты на состояние памяти, внимания, мышления, изучалась выраженность депрессивной симптоматики методами Бека и Гамильтона. Назначение топилепсина сопровождалось достоверным снижением количества больных с депрессивной симптоматикой средней и тяжелой степени. Также отмечено, что использование топилепсина не дает изменений памяти, внимания, мышления приобрести стойкий характер в отдаленном периоде ЧМТ, что благоприятно влияет на дальнейший социально-трудовой прогноз у исследованных пациентов.

Влияние вида повреждения головного мозга и степени травматического дислокационного синдрома на исход черепно-мозговой травмы.

Климаш А. В., Бахтияров А. К.

*РНХИ им. проф. А. Л. Поленова,
Санкт-Петербург, Россия.
Контактный тел. (812) 497-22-35,
e-mail: klimash@list.ru*

Цель исследования. Оценить исходы лечения больных тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ) в зависимости от вида повреждения головного мозга и степени травматического дислокационного синдрома (ТДС).

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 216 больных ТЧМТ. Среди них было 159 (73,6%) мужчин и 57 (26,4%) женщин в возрасте от 17 до 74 лет.

Вид повреждения головного мозга определяли на основании данных клинического течения и КТ головного мозга. При угнетении сознания непосредственно после ТЧМТ и наличии множественных контузионных очагов в подкорково-таламических и (или) стволовых отделах, поражение головного мозга оценивали как диффузное (ДПГМ) — 41 (18,9%) наблюдение. В случае верификации интракраниальных гематом и (или) очагов размозжения головного мозга с компрессией последнего, поражение расценивали как дислокационное — 175 (81,1%) случаев. Стадии ТДС оценивали в зависимости от выраженности угнетения сознания, стволовых рефлексов и нарушения витальных функций.

Результаты лечения оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. В наблюдениях ДПГМ с угнетением сознания кома I хорошее восстановление (ХВ) и умеренные нарушения жизнедеятельности (УНЖ) диагностированы у — 8,3% пострадавших, грубые нарушения жизнедеятельности (ГНЖ) — 33,3%, вегетативное состояние (ВС) — 16,7%, летальный исход (ЛИ) — 41,7%.

В случаях более глубокого угнетения сознания ХВ и УНЖ не верифицированы (0%) больных, ГНЖ — 3,4%, ВС — 27,6%, ЛИ — 69%.

Исходы ЧМТ в зависимости от стадии ТДС были следующими:

При ранних стадиях (ТДС I и II) ХВ и УНЖ установлены у 96,3 и 48,1% пострадавших, ГНЖ — 0 и 19,8%, ВС — 0 и 5,7%, ЛИ — 3,7 и 26,4% соответственно.

ТДС III стадии: ХВ и УНЖ отсутствовали во всех наблюдениях (0%), ГНЖ отмечали в 4,9% случаев, ВС — 8%, ЛИ — 87,1%.

ТДС IV стадии: ХВ, УНЖ и ГНЖ не выявлены (0%), ВС диагностировано у 3,6% больных; ЛИ — 96,4%.

При V стадии ТДС все пострадавшие (100%) погибли.

Заключение. Вид повреждения головного мозга и степень ТДС оказывают существенное влияние на исход ТЧМТ. В целом, исходы у больных ДПГМ с угнетением сознания кома I менее благоприятны, чем при ранних стадиях ТДС. В тоже время при ДПГМ с угнетением сознания кома II прогноз более благоприятен по сравнению с поздними стадиями ТДС.

Отдаленные результаты лечения травматических внутричерепных гематом

*Курбанзаде Р. К., Берснев В. П.,
Иванова Н. Е., Касумов Р. Д.*

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова. Санкт-Петербург,
ул. Маяковского, 12. Телефон 273-81-67*

Черепно-мозговая травма относится к самым тяжелым и распространенным формам поражения центральной нервной системы. В структуре травматизма тяжелые повреждения головного мозга составляют 30—40% (Лебедев В. В., 1990; Фраерман А. П. с соавт., 1997, 2001). Частота травматических внутричерепных гематом достигает 4—8% (Коновалов А. Н., Лихтерман Л. Б. и др., 2000 г.).

Цель работы. Оценить динамику неврологической симптоматики и социально-бытовой адаптации в отдаленном периоде травматических внутричерепных гематом.

Методы. Клинико-статистические, неврологические, психологические, компьютерная томография, электроэнцефалография.

Материалы. Проанализированы результаты лечения 197 больных с изолированными травматическими внутричерепными гематомами в остром и отдаленном периоде со сроками катамнеза от 1 до 22 лет. Большинство пациентов 78% — преимущественно мужчины, находилось в трудоспособном возрасте до 60 лет. По характеру гематомы: субдуральные 102 больных, эпидуральные — 40, эпилепто-субдуральные — 17, внутримозговые — 21, субдуральная и внутримозговая — 13, эпидуральная и внутримозговая — 1. По скорости развития синдрома сдавления головного мозга гематомы подразделились на острые (первые трое суток после травмы) — 151 наблюдения, подострые — 17 наблюдений, хронические — 29.

В отдаленном периоде после удаления травматических внутричерепных гематом выявляется разнообразная неврологическая симптоматика, которая по степени влияния на социально-трудовую сферу больных подразделяется на синдромы, вызывающие

грубую и умеренную инвалидизацию, а также у ряда больных отмечается выздоровление с хорошим восстановлением нарушенных функций. У больных, находившихся в стадии клинической субкомпенсации в остром периоде ЧМТ, подвергшихся более раннему и радикальному оперативному вмешательству, более часто отмечено выздоровление и развитие клинических синдромов умеренной инвалидизации по сравнению с больными, находившимися в стадии грубой декомпенсации. Ранняя диагностика и раннее проведение оперативного вмешательства уменьшают риск развития инвалидизирующих клинических синдромов. Клиническое течение отдаленного периода обусловлено сочетанием дезадаптирующих синдромов: церебрально-очаговый (19%), эпилептический (8%), гипертензионно-гидроцефальном (8%). Степень выраженности дезадаптирующих синдромов уменьшается с увеличением срока катамнеза и проводимого лечения. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы у больных с гематомами снижение и утрата трудоспособности наступает в 60% наблюдений. Качество жизни пациентов определяется локализацией гематомы и выраженностью гипертензионно-гидроцефального синдрома. При локализации гематомы в функционально «незначимой» зоне мозга отмечаются лучшие показатели качества жизни индекс Бартеля 70 баллов, по шкале Пульс 9 баллов. При локализации гематомы в функционально значимой зоне показали хуже (индекс Бартеля ниже 60 баллов, по шкале Пульс до 24 балла). Первично отсроченная краниопластика у больных с последствиями черепно-мозговой травмы является одним из основных нейрохирургических методов ранней реабилитации и способствует более полному восстановлению нарушенных функций.

Таким образом, локализация гематомы и выраженность гипертензионно-дислокационного синдрома, раннее проведение хирургического лечения и первично отсроченной краниопластики предотвращает развитие неврологических дезадаптирующих синдромов, повышая уровень социальной и трудовой адаптации.

Качество жизни после хирургического и консервативного лечения хронических субдуральных гематом

*Лихтерман Л. Б., Потапов А. А.,
Кравчук А. Д.*

*Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко
РАМН, Москва, Россия. Москва, 125047,
4-я Тверская-Ямская, 16.
Тел.: 8(495) 250-08-46; e-mail: licht@aha.ru*

Введение. Хронические субдуральные гематомы (ХСГ) относятся к распространенной и полностью излечимой патологии.

Цель: изучить качество жизни больных с ХСГ с учетом различных методов лечения.

Материал и метод. Прослежена динамика течения и исходы 338 наблюдений ХСГ (средний возраст больных 49,6±1,6 лет) с МРТ/КТ — контролем и изучением катамнеза на глубину до 10 лет.

Результаты и их обсуждение. Разработана концепция саногенеза ХСГ, основанная на устранении гиперфибринолиза в содержимом гематомы и управляемой внутренней декомпрессии. Поэтому в большинстве наблюдений ХСГ (89%) показана

минимально инвазивная хирургия — закрытое наружное дренирование. Краниотомия в хирургии ХСГ необходима лишь при кальцификации и организации хронических гематом (1%). При ХСГ малого объема, не вызывающих выраженной дислокации срединных структур и неврологического дефицита, допустимо консервативное лечение (10%). Хорошее восстановление было достигнуто в 84,5%, умеренная инвалидизация — 12,2%, грубая инвалидизация — 2,1%, летальность составила 1,2%. Грубая и умеренная инвалидизация обычно были обусловлены возрастными и преморбидными факторами, в частности, тяжелыми последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы. При изучении катамнеза рецидивов ХСГ не обнаружено. Возвращение к труду, учебе, либо к привычной домашней деятельности отмечены у 89,8% обследованных (90—100 баллов по шкале Карновского).

Заключение. При выборе адекватного лечения ХСГ обычно удается достичь хорошего качества жизни пациентов. Инвалидизация (у 10,2%) при полной резорбции ХСГ, как правило, обусловлена последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы или другой патологии, а также возрастной инволюцией.

Качество жизни в отдаленном периоде травматических повреждений структур задней черепной ямки (ЗЧЯ)

Мирзабаев М. Ж., Муминов З. В.

*Республиканский научный центр
нейрохирургии, Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,
тел.: 134-10-83, kariev@bcc.com.uz.*

Цель исследования. Оценка результатов лечения больных с травматическими повреждениями структур ЗЧЯ в аспекте оценки качества жизни в отдаленном периоде травмы.

Материал и методы. Изучены результаты лечения травматических повреждений структур ЗЧЯ в отдаленном периоде у 28 больных, находившихся на стационарном лечении в РНЦНХ с 2000 по 2004 гг. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. I группа — 12 больных с травматическими оболочечными гематомами малого объема (от 5 до 10 см³) субтенториальной локализации подострого течения, пролеченные консервативно. Оперативное вмешательство этим больным не было произведено из-за удовлетворительного общего состояния и минимальной неврологической симптоматики в виде умеренных головных болей и умеренных менингеальных знаков. II группа — 16 больных с аналогичными гематомами, пролеченные хирургическим путем. Проведена оценка качества жизни этих пациентов в сроки 3—6 месяцев после травмы на основе шкалы Карновского.

Результаты и обсуждение. У 8 больных I группы в сроки 3—6 месяцев после травмы диагностирован базальный арахноидит со снижением остроты зрения. Помимо этого у этих пациентов выявлялись мозжечковые симптомы в виде нарушения координации различной степени выраженности. По шкале Карновского уровень качества жизни у 6 из них соответствовало 60%, у 2 — 70%. У 1 больного наблюдались генерализованные приступы судорог тонико-клонического характера с утратой сознания,

уровень качества жизни у этого пациента соответствовало 80%. Во II группе в 4 случаях выявлена атрофия коры головного мозга и мозжечка, которые проявлялись мозжечковой симптоматикой в виде нарушения координации, атаксии, снижения памяти и внимания, умственной работоспособности. Уровень качества жизни у 3 этих пациентов соответствовало 80%, у 1 больного — 90%. У остальных 12 больных II группы значительных неврологических проявлений последствий травмы не было выявлено.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что при выборе метода лечения гематом малого объема задней черепной ямки целесообразным является хирургическое вмешательство.

К вопросу о качестве жизни пациентов с подострыми и хроническими субдуральными гематомами и методам удаления гематом

Новик Ю. Е., Зорин Н. А., Мосийчук Н. М.

*Днепропетровская областная клиническая
больница им. И. И. Мечникова,
Украина, 49005, Днепропетровск,
Октябрьская пл. 14, ОБМ,
тел. (056) 713-50-85, Novik_Yu@ukr.net.ua,
Novik_Yu@mail.ru*

Материалы и методы. С января 2001 по январь 2006, в нашей клинике по поводу подострых и хронических субдуральных гематом оперировано 169 пациента. Из трех применяемых методов, методом А (черезкожно — пункционным закрытым наружным дренированием полости гематомы) оперировано 85 (50,2%) пациентов, В — 73 (43,1%) пациента (удаление гематомы через стандартное фрезевое отверстие). Методом С — 11(6,5%) пациентов (с трепанацией черепа корончатой фрезой (20 мм Д). Из всех трех групп, у 31 пациента в послеоперационном периоде визуализировалась остаточная полость гематомы с содержанием, по объему не превышающей 25% — 30% исходного. Ранняя оценка результатов лечения, к концу 3-х послеоперационных суток, производилась по оценочной шкале ком Глазго (Glasgo Coma Scale), данным ЭЭГ, КТ, МРТ и офтальмоскопии. А отсроченная, через 1 и 3 года, по шкале последствий Глазго (Glasgo Outcome Scale), данным ЭЭГ, КТ, МРТ, офтальмоскопии и оценке косметического дефекта на голове.

Результаты и их обсуждение. При ранней оценке результатов лечения по методу А и В в 96,3% случаев отмечалось клиническое улучшение состояния соответствующее 15 баллам (GCS). В группе С (4 пациента — 36,36%), соответствующих по (GCS) 14—15 баллам, удерживалась головная боль и неприятные ощущения перемещения воздуха в полости черепа. На фоне регресса неврологического дефицита отмечались более грубые изменения на ЭЭГ и КТ (МРТ) картины остаточных объемов гематомы до 30% исходного, с явлениями пневмоцефалии. Одного пациента из последней группы (13—14 баллов GCS) пришлось реоперировать, однако, клиническая картина, данные ЭЭГ, КТ, МРТ от этого не изменились даже на 10 сутки. Через 1 и 3 года, во всех группах пациентов отсутствовали КТ (МРТ) признаки остатков гематом, по Glasgo Outcome Scale у всех отмечалось хорошее восстановление. В группе

С — в 100% случаев отмечались более частые болевые и другие ощущения в зоне операции, фокальные ЭЭГ изменения со стороны трепанаций, с очагом эпиактивности в 1-м случае (25%), более выраженные субатрофические изменения мозга, в 25% случаев по АКТ отмечено нежелательное смещение костного трансплантата в полость черепа. Косметический дефект в виде рубца, как негативное последствие операции отмечен самими пациентами.

Выводы. Субтотальное удаление подострых и хронических СД гематом, с остаточным объемом их содержимого до 30%, может считаться удовлетворительным результатом, не требует дальнейших хирургических действий и не ухудшает прогноз в отношении качества жизни. Качество же жизни пациентов в послеоперационном периоде по субъективным и объективным критериям оценки лучше обеспечено при миниинвазивной хирургической методике В и особенно А.

О результатах лечения хронических субдуральных гематом (ХСГ)

*Ольхов В.М., Кириченко В.В.,
Горбатюк К.И., Чирка Ю.Л.,
Венцовский Л.О., Венцовский И.Л.,
Долгополова Р.А., Обертинский В.А.,
Ольхова И.В.*

*Винницкая областная психоневрологическая
больница им. акад. О.И. Ющенко,
21005, г. Винница, ул. Пирогова, 109;
нейрохирургическое отделение,
тел. (80432) 321580,
e-mail: gorbatyukkostya@mail.ru*

Цель. Определить качество жизни пациентов у лиц разного возраста с ХСГ.

Материалы и методы. Проведён анализ историй болезни и результатов лечения 25 больных с ХСГ, находившихся на лечении в областном нейрохирургическом отделении в 2006 году.

Результаты и их обсуждение. Это составило 3% от всех больных, лечившихся в стационаре за это время, 28% от пострадавших с ЧМТ, и 68% от всех больных с СГ. Средний возраст больных с ХСГ — 56 лет. Самому молодому пациенту было 39 лет, самому старому — 86.

В 6 раз ХСГ чаще отмечены у мужчин, при равной локализации над тем или иным полушарием головного мозга. В 6% наблюдений они располагались с двух сторон.

Причиной возникновения ХСГ в 70% была легкая ЧМТ, в 18% средней степени тяжести. Отсутствие указаний на ЧМТ отмечено в 12%. У 58% больных ЧМТ получена в состоянии алкогольного опьянения. Светлый промежуток колебался от 3,5 недель до 12 месяцев.

Решающим методом диагностики были МРТ, СКТ.

28% больных поступило в компенсированном состоянии, 69% в субкомпенсированном, 3% в стадии умеренной декомпенсации.

Показаниями к операции являлись нарастающие расстройства сознания, психики неврологических симптомов, гемодинамических изменений.

В 12% наблюдений наступило самоизлечение ХСГ. Из оперированных больных в 96% ХСГ удалялись через одно фрезевое отверстие с закрытым наружным дренированием, у остальных через два. Объем ХСГ колебался от 70 до 250 мл. По ходу операции у каждого 4-го больного возникала необходимость в проведении люмбальной пункции с инсуффляцией воздуха. Контроль расправления мозга осуществляется визуально, КТ. Результаты операции оценены через 4-6мес. по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale):

Хорошее восстановление — 91%

Умеренная инвалидизация — 9%

Выводы. 1. Качество жизни пациентов с ХСГ у лиц различных возрастных групп зависит от адекватно выработанной тактики лечения.

2. Не всегда наличие ХСГ является показанием к операции.

3. Оптимальным методом хирургического лечения ХСГ, независимо от возраста является их удаление через одно фрезевое отверстие с последующим закрытым наружным дренированием.

Оценка качества жизни больных после тяжелых черепно-лицевых повреждений

Панченко В.Н., Деркач В.Н.

*Киевская областная клиническая больница,
04107, Киев, ул. Баггоутовская, 1,
тел. (044) 483-13-95.*

Цель. Определить критерии качества жизни больных после перенесенных черепно-лицевых травм, степени повреждения и восстановления неврологического статуса, состояние функции органов и тканей лица, что даст возможность конкретизировать как объем повреждения, так и качество выздоровления больных данной категории.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов лечения больных с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области (ЧЧЛО), где помимо других повреждений костей лицевого скелета присутствовал перелом верхней челюсти по среднему (ЛеФор II) и верхнему (ЛеФор I) уровням, когда щель перелома распространяется на переднечерепную или среднечерепную ямы и, когда зоной повреждения задействованы: основание головного мозга, органы зрения, осязания, слуха. Проанализированы истории болезни 140 больных, пролеченных в Центре челюстно-лицевой хирургии. Повреждения ЧЧЛО верифицированы рентгенографически и с помощью компьютерной томографии. Лечение пострадавших проводилось как по общепринятым методикам, так и с применением «Компрессионно-дистракционного аппарата для лечения переломов костей лицевого скелета» (КДАП). Для оценки качества жизни после перенесенной травмы использовали шкалу осложнений Глазго (Glasgow Outcome Scale), что в Украине определяется степенью инвалидности — I, II, III группы согласно принятых МСЭК критериев.

Результаты и их обсуждение. Все больные было разделены на две группы. Первая группа (15 человек) — контрольная, лечение проводилось по принятым методикам. После проведенного лечения у пострадавших наблюдалось: снижение остроты зре-

ния — у 4 больных, нарушение болевой и тактильной чувствительности подглазничной области и верхней губы — у 3, малые эпилептические припадки — у 1, нарушение осязания — у 1, что придерживаясь шкалы осложнений Глазго можно характеризовать как инвалидность II группы. Вторая группа составила 135 человек, которым устранение травматических повреждений проводилось с помощью КДАП. Эта группа больных возвратилась к привычному способу жизни (по шкале осложнений Глазго пункт 3 — хорошее восстановление).

Выводы. 1. Использование КДАП для устранения повреждений костей лицевого черепа оказывает неоценимую помощь при лечении переломов костей лицевого черепа.

2. Использование шкалы осложнений Глазго при оценке состояния пострадавших в посттравматическом периоде помогает четко и конкретно оценить самочувствие больного и вынести объективное решение об эффективности проведенного лечения как относительно неврологического статуса, так и челюстно-лицевой области. Что имеет большее значение при вынесении экспертного решения, особенно в страховой медицине.

Методичні підходи до оцінки якості лікування при черепно-мозковій травмі

Педаченко Є. Г.

*Інститут нейрохірургії АМН України,
Інститут нейрохірургії імені
акад. А. П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32,
тел. (044) 486-46-08, pedachenko@mail.ru*

Якість лікування хворих, що перенесли черепно-мозкову травму (ЧМТ), оцінюється за: 1) якістю надання медичної допомоги в відповідному нейрохірургічному відділенні і за 2) якістю життя хворих, що перенесли ЧМТ.

Якість надання медичної допомоги оцінюють за відповідністю стандартам і протоколам надання медичної допомоги, а також за показниками летальності при тяжкій черепно-мозковій травмі.

Стандарти і клінічні протоколи лікування періодично переглядають відповідно до досягнень науки і практики охорони здоров'я, з урахуванням пропозицій фахівців.

Світовою практикою визначені (Teasdale, 1995) середньостатистичні показники летальності при тяжких черепно-мозкових пошкодженнях в залежності від стану хворих за Шкалою ком Глазго. Так, при ШКГ=15 балам летальність не повинна перевищувати 1%, 13—14 балів — 3—5%, 9—12 балів — 9%, 3—8 балів — 35—40%.

Визначають також показники летальності в залежності від нозології тяжкої ЧМТ (вогнищеві забої головного мозку, дифузне аксональне пошкодження, епідуральні, субдуральні, внутрішньомозкові, множинні внутрішньочерепні гематоми, тощо) з урахуванням локалізації ушкодження, стану хворого, віку хворих, преморбідного стану, строків втручання після отриманої травми, тощо

Якість життя хворих, що перенесли ЧМТ, визначається за Шкалою наслідків Глазго (вегетативний стан, глибока інвалідизація, помірна інвалідизація, хороше відновлення).

В Україні якість життя хворих визначається ступенем інвалідизації — I, II, III група інвалідності за прийнятими МСЕК критеріями.

Втрата працездатності (інвалідизація) може бути стійкою чи тимчасовою.

Оценка качества жизни оперированных больных с травматическими оболочечными гематомами

*Семисалов С. Я., Качанов В. А.,
Качанова Е. В.*

*Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк, 83110, а/я 1412,
тел. 307-81-35;
e-mail: serg1948@yandex. ru*

Цель. Выявить эффективность оперативного лечения травматических оболочечных гематом головного мозга по качеству жизни пострадавших.

Материал и методы. Изучено 766 наблюдений с травматическими оболочечными гематомами (ТОГ) головного мозга. Из них в 551 случае (71,9%) были субдуральные гематомы, в 215 (28,1%) — эпидуральные. У всех больных гематомы удалялись хирургическим методом. Полученная информация вводилась в специальную информационную медицинскую систему «Медик-ЧМТ» и в последующем анализировалась и подвергалась статистической обработке.

Результаты и обсуждение. При оценке качества жизни в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ) выявлено, что у пострадавших, оперированных по поводу субдуральных гематом чаще всего отмечалась умеренная инвалидизация (84,6%), реже (10,5%) — тяжелая инвалидизация и только в 4,9% имело место хорошее восстановление и больные приступили к труду. В группе оперированных по поводу эпидуральных гематом умеренная инвалидизация выявлена в 86,5%, тяжелая инвалидизация — в 6,1%, а хорошее восстановление (больные приступили к труду) — в 7,4%.

Выводы. Оценка качества жизни больных, оперированных по поводу ТОГ должна проводиться комплексно, включая и ШИГ. При этом исходы оперативного лечения эпидуральных гематом были несколько лучше, чем субдуральных. Это во многом объясняется более выраженными травматическими изменениями мозга при возникновении субдуральных гематом, чем эпидуральных. Изучение качества жизни больных, оперированных по поводу ТОГ головного мозга позволяет более объективно оценивать эффективность проведенного лечения и находить направления повышения качества оказываемой помощи пострадавшим.

Анализ качества жизни больных с посттравматическими костными дефектами черепа после краниопластики корундовыми и титановыми имплантатами

Сипитый В.И., Пятиков В.А.,
Печерский Б.В., Гунько Б.В.,
Воробйов В.В., Бабалян Ю.А.

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра нейрохирургии
61033, г. Харьков, пр. Правды, д. 13.,
тел. 705-67-27, e-mail: babalyan_y@rambler.ru

Цель. Изучить качество жизни больных с посттравматическими дефектами черепа после краниопластики корундовыми имплантатами в ближайшем и отдаленном периодах.

Материалы и методы. В нейрохирургической клинике Харьковского государственного медицинского университета с 1995 года по 2007 год 312 больным выполнена краниопластика посттравматических костных дефектов: в 289 (92,6%) случаях — корундовыми имплантатами, в 23 (7,4%) — титановыми имплантатами. По локализации выделяли костные дефекты: лобной — 49 (15,8%), лобно-глазничной области — 23 (7,4%), височной — 73 (23,4%), теменной — 32 (10,2%), затылочной области — 29 (9,3%), обширные дефекты с вовлечением двух и более областей встречались в 106 (33,9%) случаях.

Больным проводилось комплексное обследование, включавшее в себя: клинический осмотр, ЭЭГ, краниография, пошаговая компьютерная рентгеновская томография с использованием компьютерного томографа СТ МАХ фирмы «Дженерал Электрик», СКТ с построением высококачественных 3D реконструкций.

Ближайшие результаты оценивались по данным клинико-инструментального обследования при выписке пациента из нейрохирургического стационара. Отдаленные результаты являлись отражением специального изучения катамнеза на глубину до 12 месяцев.

Оценка качества жизни производилась с помощью опросника «Удовлетворенность жизнью-11» (по A.R. Fugl-Meyer и соавт., 2002) в дооперационном периоде, при выписке и контрольных осмотрах в сроки 3, 12 мес.

Результаты и их обсуждение. При контрольном осмотре при выписке, через 3, 12 месяцев после краниопластики костных дефектов черепа в 306 (97,9%) случаях имплантат был стабилен, без признаков миграции по данным краниографии, КТ. В 6 (2,1%) случаях произведено удаление корундовых имплантатов в сроки 3 месяца после операции в связи с трофическими нарушениями.

Оценка «Удовлетворенность жизнью-11» (max=666.) у пациентов, согласно опроснику, составляла в дооперационном периоде, в среднем, — 47,36., повышаясь к моменту выписки до 51,26., и достигая через 3 мес. — 56,86., через 12 мес. показателя — 57,26.

Выводы. Краниопластика корундовыми и титановыми имплантатами позволяет повысить качество жизни больных с посттравматическими костными дефектами черепа.

Зависимость качества жизни от стандартов лечения больных с переломом височной кости в остром периоде черепно-мозговой травмы с неврологическим дефицитом.

Скобская О.Е., Жданова В.Н.

Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 483-95-73, skobska@gala.net

Нарушение функции черепных нервов предверно-улиткового, лицевого, реже отводящего, тройничного и глазодвигательного являются одними из основных симптомов перелома основания черепа средней черепной ямы (височной кости) в остром периоде черепно-мозговой травмы. Полноценное восстановление функций черепных нервов имеет не только клиническое, но и социальное значение, влияющее на качество жизни пациента.

Цель работы: уточнить стандарты лечения больных с переломом основания средней черепной ямы в острый период ЧМТ, осложненный дисфункцией предверно-улиткового и лицевого нервов.

Материалы и методы: Клиническим материалом исследований послужили результаты обследования 109 пациентов с переломом височной кости в остром периоде ЧМТ. Возраст больных колебался от 17 до 50 лет. Диагноз во всех случаях был верифицирован на основании анамнестических данных, жалоб пациентов, клинических данных, оценке отоскопических данных, использовании отомикроскопии, исследовании слуховой и вестибулярной функций, электронейромиографического исследования, комплекса рентгенологических (краниография, АКТ и МРТ) методик.

Выявлено снижение слуха у 106 (97,2%) больных, нейросенсорного и комбинированного характера на стороне поражения, часто наблюдалось снижение слуха на противоположной стороне по нейросенсорному типу, в основном на высоких тонах, в 2-х наблюдениях — практически глухота односторонняя. Дисфункция лицевого нерва на одноименной стороне поражения выявлена у 37 больных (34%). Оценка функции лицевого нерва проводилась по шкале House — Brackman, больные распределились следующим образом III — IV — 34%; V — 2 больных. Наш опыт показывает, что реабилитационная терапия у пациентов с V степенью нарушений безперспективна, им показано хирургическое лечение.

Лечебная тактика носила комплексный характер. Проводилась антибактериальная, дегидратационная, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Комплекс местной терапии, включал использование терапевтического гелий-неонового лазера в сочетании с методом эндаурального фонофореза или электрофореза лекарственных веществ, ультразвуковой терапии с последующей нейромышечной электростимуляцией, а также комплекс лечебной физкультуры. Продолжительность курса лечения 2—3 недели.

Результаты: В результате проводимого лечения, практически во всех случаях, был получен хороший анатомический и функциональный результат. Перфорации барабанной перепонки (дефект костнохрящевое кольцо) зарубцевались, что сопровождалось объективно — восстановлением слуховой функции (аудиологический контроль слуха в ди-

наміке на протязенні перебування в стаціонаре) і суб'єктивно — уменьшенням шуму.

Динамика восстановления функции лицевого нерва носила позитивный характер. Согласно инструменту оценки, шкале House — Brackman, после I курса лечения, пациенты распределились следующим образом: II — 13,5%, III—IV — 24,3%. В дальнейшем пациентам был рекомендован повторный курс лечения.

Выводы: Лечение больных в остром периоде ЧМТ с переломом основания черепа средней черепной ямы, осложненный синдромом неврологического дефицита должно носить целенаправленный комплексный характер, на ранних этапах с подключением восстановительной терапии. Разработка и практическое внедрение стандартов лечения пациентов с данной патологией поможет предотвратить инвалидизацию больных, улучшить адаптационные возможности и способность к социальной интеграции, тем самым существенно повысить качество их жизни.

Качество жизни у лиц пожилого возраста при сочетанной черепно-мозговой травме

Умирсеригов Б. У., Мирзабаев М. Д.

*Республиканский научный центр
нейрохирургии, Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,
тел. 134-10-83, kariev@bcc.com.uz.*

Цель исследования. Оценка результатов лечения сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ) у лиц пожилого возраста в аспекте оценки качества жизни в отдаленном периоде.

Материал и методы. Изучены результаты лечения СЧМТ с переломами трубчатых костей в отдаленном периоде у 34 больных, находившихся на стационарном лечении в РНЦНХ с 2002 г. по 2006 г. Больные разделены на 2 группы в зависимости от методов лечения: 1 группа — 16 больных оперированных по поводу переломов трубчатых костей, 2 группа — 18 больных с консервативным лечением перелом трубчатых костей. Проведена оценка качества жизни этих пациентов в сроки 3-6 месяцев после травмы.

Результаты и обсуждения. У 16 оперированных больных — наблюдалась быстрая активизация, восстановление сердечно-сосудистой и дыхательной систем, хорошая консолидация костных отломков и скорейшее восстановление опорно-двигательного аппарата. Раннее оперативное вмешательство на опорно-двигательном аппарате позволило активизировать больных уже на 2—3 сутки после операции. Отмечался также более быстрый регресс неврологической симптоматики. Сроки стационарного лечения сократились до 12—14 суток. Ранее возвращение в круг семьи привело к более ранней адаптации больных к новым условиям, даже с иммобилизированной конечностью.

У 18 больных находящихся на скелетном вытяжении с последующей иммобилизацией конечности отмечалось медленное восстановление и активизация, при этом страдал не только соматический статус. Длительное нахождение в стационаре у 7 больных проявлялись в виде психоза, у 11 больных развился депрессивный синдром. При этом постельный режим при переломе нижних конечностей обуславливал

не только медицинские затраты, но и материальные затраты родственников. Последнее несомненно сказывалось на эмоциональных межродственных отношениях.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что при выборе метода лечения у больных с СЧМТ целесообразным является раннее хирургическое вмешательство. Ранняя активизация больного и возвращение в привычный круг семьи, несомненно улучшают качество жизни пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой.

Деякі критерії якості життя хворих з травмами носа в поєднанні з нейротравмою

Шкоба Я. В., Абизов Р. А., Держак В. М.

*Київська обласна клінічна лікарня, 04107, Київ,
вул. Багговутівська, 1, тел. (044) 483-13-95.
Київська медична академія післядипломної
освіти ім. П. Л. Шупика*

Мета. Вивчити доцільність внесення деяких доповнень до існуючих критеріїв якості життя хворих з травмами носа, в поєднанні з нейротравмою.

Своєчасність надання медичної допомоги постраждалим внаслідок нейротравми, відіграє важливу роль в подальшій реабілітації таких хворих та відновленні основних вітальних функцій.

В 30—45% випадках нейротравма супроводжується травмою ЛОР органів, і зокрема носа. Несвоєчасне надання ЛОР допомоги призводить до порушення функції дихання, що в подальшому погіршує якість життя. Важливим є вибір правильної та своєчасної тактики лікування травм носа.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано історії хвороби 894 хворих, що знаходилися на лікуванні в нейроотравматологічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні. У 599 (67,7%) хворих діагностовано нейротравму, а в 325 (54%) в поєднанні з травмою носа. З них у 127 (39%) діагностовано перелом кісток носа зі зміщенням (стан за шкалою Глазо в межах 9—13 балів), а у 198 без зміщення (8—12 балів). Практично у всіх постраждалих травма носа супроводжувалася носовою кровотечею того чи іншого ступеню.

Постраждалим надавали наступну ЛОР допомогу:

I. В залежності від інтенсивності носової кровотечі проводиться її зупинка.

II. Після зупинки носової кровотечі, проводили репозицію кісток носа.

Результати та їх обговорення. При незначній травмі та травмі середньої важкості, вважаємо за доцільне проведення репозиції кісток носа одночасно з наданням нейрохірургічної допомоги.

Проведення репозиції у хворих з важкою нейротравмою, повинно бути відстрочене на 5—7 днів, а у випадках дуже важкого стану хворого — до шести місяців і більше.

У хворих, яким своєчасно проведено репозицію кісток носа, повністю відновлювалося носове дихання та форма носа.

Висновки. Таким чином, вважаємо за доцільне, окрім прийнятих критеріїв оцінки якості життя хворих з поєднаною нейро- та ЛОР-травмою, враховувати такі критерії, як відновлення функції дихання та форми носа.