

### 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.