

Сравнительный анализ прогностических факторов, влияющих на качество жизни больных, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму

Мустафаева А.С., Иванова Н.Е.

The comparative analysis of the prognosis factors influencing quality of a life of patients with a heavy head injury

Mustafayeva A.S., Ivanova N.Ye.

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. А.Л. Поленова, г. Санкт-Петербург

© Мустафаева А.С., Иванова Н.Е.

Уточнены основные прогностические факторы, влияющие на качество жизни больных с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТМЧТ). Рассматриваются роль и значение клинических проявлений гипертензионно-дислокационного синдрома и субарахноидального кровоизлияния в прогнозировании исходов лечения больных, перенесших ТМЧТ.

The article is devoted to specify the main prognostic factors influencing quality of a life of patients with a heavy head injury. The role and value of clinical manifestations of the hypertension-dislocation syndrome and the subarachnoid hemorrhage are considered in prognosis of outcomes of treatment of the patients with a heavy head.

Введение

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) в последние десятилетия превратилась в одну из актуальных проблем современной медицины. Основную группу пострадавших составляют больные от 20 до 50 лет, т.е. находящиеся в наиболее трудоспособном возрасте [6]. Среди причин инвалидизации, наступившей вследствие травм, на долю ЧМТ приходится 25–30% [1]. Особенно тяжелыми являются повреждения черепа и головного мозга, которые сопровождаются внутричерепными кровоизлияниями в виде САК, усугубляющих течение болезни [4]. Тяжелая черепно-мозговая травма, в частности сдавление головного мозга, продолжает оставаться в центре внимания исследователей всех стран, что обусловлено все возрастающей ее частотой в структуре общего травматизма (30–40%), а также нередко неблагоприятными исходами [5]. Полноценность лечения больного в остром пе-

риоде тяжелой ЧМТ имеет несомненное значение для предупреждения дезадаптирующих последствий [3, 8].

Цель исследования – провести сравнительную оценку качества жизни больных, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму (ТЧМТ) с развитием гипертензионно-дислокационного синдрома (ГДС) и субарахноидального кровоизлияния (САК).

Материал и методы

Ретроспективно были оценены истории болезни 60 больных, госпитализированных в отделение травмы ЦНС и ее последствий РНХИ им. А.Л. Поленова и нейрохирургическое отделение больницы св. Елизаветы в 2007–2008 гг., с диагнозом тяжелой черепно-мозговой травмы, из них 46 (76,65%) мужчин и 14 (23,35%) женщин. Средний возраст составил $(37,0 \pm 4,5)$ года у мужчин и $(39,0 \pm 4,5)$ года у женщин.

Критерии оценки: оценка по шкале ком Глазго, оценка выраженности САК по шкале Фишера [4], стадия гипертензионно-дислокационного синдрома, варианты лечения, данные многоаспектных тестов (шкала нарушений жизнедеятельности Раппопорта [7], шкала исходов ЧМТ НИИ им. Н.Н. Бурденко, шкала исходов Глазго [2]).

Результаты и обсуждение

Распределение больных на момент поступления в стационар при оценке по шкале ком Глазго выглядело следующим образом: 10–13 баллов — 63,3% (38 человек); 8–9 баллов — 13,4% (8 человек); 6–7 баллов — 18,3% (11 человек); 4–5 баллов — 5% (3 человека).

Внутричерепные гематомы были в 80% (48 больных) случаях, при этом субдуральных гематом 56,3% (27 пациентов); эпидуральных гематом 16,6% (8 пациентов); внутримозговых гематом 12,5% (6 человек); множественных гематом 14,6% (7 человек). Множественные очаги контузии и разможнения головного мозга наблюдались в 15% (9 человек) и 3,3% (2 человека) случаев соответственно. В 1,6% (1 пациент) отмечалось диффузное аксональное поражение мозга.

Субарахноидальное кровоизлияние (САК) наблюдалось в 93,3% (56 случаев). Выраженность его при оценке по шкале Фишера — I степень 12,5% (7 больных); II степень — 73,2% (41); III степень — 14,3% (8). У всех больных с САК проводилась оценка по шкале нарушений жизнедеятельности Раппопорта. При этом у больных I-й группы (I степень САК по шкале Фишера) 4–6 баллов отмечалось в 28,6% (2 случая), 7–11 баллов в 71,4% (5). Во 2-й группе (II степень САК по шкале Фишера) 2–3 балла в 7,3% (3 случая), 4–6 баллов в 19,5% (8), 7–11 баллов в 39,1% (16), 12–16 баллов в 26,8% (11), 17–21 балл в 7,3% (3). В 3-й группе (III степень САК по шкале Фишера) 4–6 баллов в 37,5% (3 пациента), 7–11 баллов в 12,5% (1), 12–16 баллов в 37,5% (3), 17–21 балл в 12,5% (1).

Гипертензионно-дислокационный синдром (ГДС) наблюдался в 76,6% случаев (46 больных), при этом ГДС I степени был у 34,8%

(16), II степени у 54,4% (25), III степени у 10,8% (5). При оценке по шкале нарушений жизнедеятельности Раппопорта больных с ГДС I степени 2–3 балла в 12,5% (2 человека), 4–6 баллов в 18,8% (3), 7–11 баллов в 68,7% (11). У больных с ГДС II степени 4–6 баллов в 8% (2), 7–11 баллов в 32% (8), 12–16 баллов в 48% (12), 17–21 балл в 12% (3). В группе больных с ГДС III степени 12–16 баллов в 80% (4 человека), 17–21 балл в 20% (1).

Прооперировано 73,3% (44 человека), консервативно пролечено 26,7% (16 пациентов).

Оценка эффективности проведенного лечения осуществлялась на основании динамики клинико-неврологической симптоматики. Исходы тяжелой ЧМТ по шкале Глазго среди больных с различными степенями САК по шкале Фишера оказались следующими: у больных с I степенью САК к группе F (с высоким уровнем восстановления умеренных нарушений жизнедеятельности) — 28,6% (2 человека), к группе E (с низким уровнем восстановления умеренных нарушений) — 71,4% (5). Среди больных со II степенью САК группа G (с хорошим восстановлением нарушенных функций) составила 7,3% (3), группа F — 19,5% (8), группа E — 41,5% (17), группа D (умеренная инвалидизация) — 24,4% (10), группа C (тяжелая инвалидизация) — 7,3% (3). У больных с III степенью САК группа F составила 37,5% (3), группа E — 12,5% (1), группа D — 37,5% (3), группа C — 12,5% (1). При оценке результатов лечения по шкале исходов ЧМТ НИИ им. Н.Н. Бурденко у больных с I степенью САК умеренная астенция наблюдалась в 28,6% (2 человека), грубая астенция у 71,4% (5), при II степени САК умеренная астенция в 21,9% (9), грубая астенция в 39,1% (16), выраженное нарушение психики и функций у 31,7% (13), грубое нарушение психики и функций в 7,3% (3). У больных с III степенью САК умеренная астенция составила 37,5% (3 пациента), грубая астенция — 12,5% (1), выраженное нарушение психики и функций — 37,5% (3), грубое нарушение психики и функций — 12,5% (1).

Распределение результатов лечения больных с различными стадиями ГДС при оценке по шкале исходов Глазго выглядело следующим образом: при ГДС I степени группа G составила

12,5% (2 человека), группа F — 18,8% (3), группа E — 68,7% (11), при ГДС II степени группа F — 8% (2), группа E — 36% (9), группа D — 44% (11), группа C — 12% (3), при ГДС III степени группа D составила 80% (4 больных), группа C — 20% (1). Согласно оценке эффективности проведенного лечения по шкале исходов ЧМТ НИИ им. Н.Н. Бурденко у больных с ГДС I степени умеренная астения наблюдалась в 31,3% (5 человек), грубая астения в 56,2% (9), выраженное нарушение психики и функций в 12,5% (2). При ГДС II степени грубая астения имела в 36% (9 случаев), выраженное нарушение психики и функций в 52% (13), грубое нарушение психики и функций в 12% (3). При ГДС III степени выраженное нарушение психики и функций составило 80% (4 человека), грубое нарушение психики и функций — 20% (1).

дор. 2002. С. 363—364.
3.

Выводы

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Основными факторами, влияющими на восстановление нарушенных функций, являются степень тяжести полученной травмы, стадия гипертензионно-дислокационного синдрома, степень распространения субарахноидального кровоизлияния, раннее хирургическое и реабилитационное лечение.

2. Выраженное угнетение сознания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой значительно ухудшает исходы лечения.

3. Наиболее значимым признаком, влияющим на исходы тяжелой черепно-мозговой травмы, является стадия гипертензионно-дислокационного синдрома.

4. Несмотря на то что субарахноидальное кровоизлияние отмечается в 93,3% случаев, степень распространения его по шкале Фишера обладает меньшим прогностическим значением, т.е. имеет менее выраженное влияние на исход травмы.

Литература

1. Белова А.Н. Нейрореабилитация: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Антидор, 2002. С. 420.
2. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Анти-

Мустафаева А.С., Иванова Н.Е. Сравнительный анализ прогностических факторов, влияющих на качество жизни больных...

4. Курбанзаде Р.К., Берснев В.П., Иванова Н.Е., Касумов Р.Д. Качество жизни и социально-трудовая адаптация в отдаленном периоде лечения травматических внутричерепных гематом. VII Поленовские чтения: Тезисы конф. / Под ред. проф. В.П. Берснева. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2008. С. 57.
5. *Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей* / Под ред. Б.В. Гайдара. СПб.: Гиппократ, 2002. С. 66; 288.
6. Фраерман А.П., Кравец Л.Я., Шелудяков А.Ю. и др. Сдавление головного мозга при изолированной и сочетанной черепно-мозговой травме. Нижний Новгород: «Поволжье», 2008. С. 10.
7. Шагинян Г.Г., Древаль О.Н. Организация специализированной помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой // VII Поленовские чтения: Тезисы конф. / Под ред. проф. В.П. Берснева. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2008. С. 87.
8. Rappoport M., Hall K.M., Hopkins K. et al. Disability rating scale for severe head trauma : coma to community // Arch. Phys. Med. Rehabil. 1982. P. 118—123.
9. Smith G., Ylvisaker M. Cognitive rehabilitation therapy: early stages of recover / M. Ylvisaker (ed.). London and Philadelphia: Taylor & Francis, 1995. P. 277—286.