

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 катмнеза 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 сенсорной 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.