

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. Проведен 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 инсуфляцией воздуха. Контроль расправления мозга осуществляется визуально, КТ. Результаты операции оценены через 4-6 мес. 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 (Glasgo Outcome Scale), что в Украине определяется степенью инвалидности — I, II, III группы согласно принятым МСЭК критериям.

Результаты и их обсуждение. Все больные были 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 большое 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.