

**Трахеостомія як захід,
направлений на покращення
якості життя хворих
з нейрохірургічною патологією**

Шкоба Я.В., Абизов Р.А., Деркач В.М.

*Київська обласна клінічна лікарня,
04107, Київ, вул. Багговутівська, 1,
(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 нейрохірургічною патологією, яким проведено трахеотомію.

Матеріали та методи. Проведення планової трахеотомії хворим з нейрохірургічною патологією, може бути як терміновим, так і плановим. Якщо термінова трахеостомія направлена на невідкладне відновлення дихання хворого, то показами до проведення планової трахеотомії хворим з нейрохірургічною патологією є:

1. важка черепно-мозкова травма, лікування якої є довготривалим (стан за шкалою Глазго в межах 4—8 балів);
2. профілактика механічної асфіксії при непродихності дихальних шляхів;
3. бульбарні розлади;
4. травматичне пошкодження гортані та трахеї;
5. травма грудної клітини з переломами ребер;
6. необхідність санації дихальних шляхів;
7. необхідність забезпечення апаратного дихання в випадку недостатності, або відсутності спонтанного дихання.

Результати та їх обговорення. За період з 2003 по 2006 рік, проаналізовано 43 трахеотомії проведені в нейрохірургічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні. З них 18 жінки і 25 чоловіків. Вік хворих коливався від 12 до 78 років. Розподіл хворих за діагнозами був наступним: закрыта черепно-мозкова травма — 17, відкрита черепно-мозкова травма — 14, гостре порушення мозкового кровообігу — 2, політравма — 6, перелом шийного відділу хребта — 4.

Необхідно відмітити, що всім хворим попереду була проведена інтубація. В 94 % випадків проводилась нижня і в 67 % середня трахеостомія.

У переважній більшості хворих трахеостомія проведена на 3—4 добу після інтубації.

Висновки. Таким чином, вважаємо, що до існуючих критеріїв оцінки якості життя хворих з нейрохірургічною патологією, слід додати критерії визначення функції дихальних шляхів та покази до своєчасності проведення трахеостомії.

**Ефективність різних методів
відновного лікування
хворих на цереброваскулярні
захворювання**

*Степаненко І.В., Попова І.Ю.,
Лихачова Т.А., Бондар Т.С.,
Степаненко Н.О., Попов А.О.*

*Державна установа «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України»,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32,
т. 483-82-19, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Вступ. Відомо, що цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) відносяться до хвороб адаптації, при яких відбувається розбалансування та дезінтеграція систем регуляції і формування регуляторної патології. Враховуючи це, при їх відновному лікуванні необхідно підвищувати компенсаторно-адаптаційні можливості і неспецифічну резистентність організму, що буде сприяти підвищенню його ефективності.

Мета. Провести порівняльний аналіз ефективності медикаментозних та немедикаментозних методів лікування хворих на ЦВЗ та їх вплив на якість життя пацієнтів.

Методи. Об'єкт дослідження — хворі на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕП) різної стадії. Оцінка клінічного стану пацієнтів проводилася за глибиною неврологічних порушень, об'єктивізувалась за допомогою 5-тибальної шкали та розробленого математично клінічного індексу тяжкості (Т). В динаміці лікування оцінювались загальні адаптаційні реакції (АР) Гаркаві, темпи функціонального відновлення з використанням математичних методів їх оцінки (λ), якість життя хворих (індекс активності — АІ, шкали Бартела та функціональної незалежності).

Результати. Проаналізовано результати лікування 182 хворих віком від 42 до 63 років. Чоловіків — 131, жінок — 51. З ДЕП І ст. — 41, II ст. — 105, III ст. — 36 пацієнтів. Медикаментозне лікування отримували 39, рекреаційну музичну резонансну терапію (рМРТ) — 47, нормобаричну переривчасту гіпоксію (НПГ) — 45, внутрішньовенне лазерне опромінення крові (ВЛОК) — 51 хворий.

Аналіз результатів показав, що внаслідок медикаментозного лікування покращення клінічного стану хворих супроводжувалось зростанням сприятливих адаптаційних реакцій РТ і РСА і зниженням РПА лише у частини хворих, зберігались реакції, притаманні ХС. Темп функціонального відновлення (λ) за динамікою клінічного індексу тяжкості (Т) дорівнював «0,01079», а за динамікою індексу Гаркаві «-0,0157». При цьому показники якості життя хворих покращувались — за індексом активності АІ — з 65 до 82 балів, за шкалою Бартела — з 75 до 85 балів, за шкалою функціональної незалежності — з 90 до 100.

Призначення в курс лікування немедикаментозних методів призводило до вірогідного зростання відсотка сприятливих АР за рахунок зростання РТ, РСА, зменшення відсотка зони нестійких АР, регресом реакцій, притаманних для ХС, в більшій мірі при НПГ і, особливо, ВЛОК. Темп функціонального відновлення за динамікою клінічного індексу тяжкості при лікуванні методом рМРТ становив «0,01099», методом НПГ — «0,01179», а методом ВЛОК — «0,03». Темп функціонального відновлення за

динамікою індексу Гаркаві при рМРТ дорівнював «-0,0029», при НПГ «+0,0047», а при ВЛОК «+0,0138». Динаміка якості життя хворих внаслідок лікування за АІ покращувалась з 65 до 90 балів, за шкалою Бартела — 75 до 95, а за шкалою функціональної незалежності — з 95 до 118, в найменшій мірі при рМРТ. Більш виразно динаміка вивчених показників відбувалась при II і III ст. ДЕП. Тобто представлені дані свідчать, що при проведених методах лікування спостерігається значне покращення якості життя хворих, яке, судячи з динаміки темпів функціонального відновлення, відбувалось переважно за рахунок суттєвого підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей хворих.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать, що включення в курс лікування немедикаментозних методів прискорює перебіг відновних процесів, що сприяє підвищенню попередньо знижених адаптаційних можливостей хворих. Досягнення бажаного клінічного результату при цьому можливе з меншим, ніж при лише медикаментозному лікуванні, напруженням адаптаційних механізмів. Найменша динаміка АР і темпів відновлення відмічена при медикаментозному лікуванні, найбільша — при НПГ і ВЛОК.

Критерии реабилитации осложнённой травмы грудного и поясничного отделов позвоночника

*Титов Ю.Д., Лихолетов А.Н.,
Энглези А.П.*

*Научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии
ДонГМУ им. М Горького,
Донецк, Украина*

Проблема лечения пациентов с осложнённой травмой позвоночника грудно-поясничной локализации является весьма актуальной, несмотря на относительно небольшую частоту (0,8—4,1%) данной патологии в структуре травматических повреждений скелета. Большинство пострадавших остаются инвалидами на продолжительное время, иногда на всю жизнь. В ходе лечения, в случае регресса неврологического дефицита выявляется множество ортопедических и неврологических симптомов, имеющих различную значимость для реабилитационного прогноза. Простая констатация всего многообразия имеющихся признаков не приближает к целостному восприятию конкретного патологического процесса. Огромное многообразие классификаций и функциональных тестов препятствует оценке отдалённых результатов, что в конечном счёте затрудняет реабилитацию.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинико-функциональной оценки исходов лечения осложнённой травмы грудно-поясничного отдела позвоночника для улучшения экспертизы и реабилитации данного контингента больных.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 107 больных, которые были оперированы в клинике вертебологии ДНИИТО

в 2003—2005 г. г. с осложнённой травмой грудного и поясничного отделов позвоночника. Оценивалась степень реабилитации и качество жизни пациента.

Результаты и их обсуждение. Особое место в обследовании спинальных пациентов занимает стандарт ISCSCI (International Standards for Neurological and Functional Classification of Spinal Cord Injury, 1992) Компактная и точная система оценок двигательного и чувствительного дефицита является удобным инструментом для получения сравнимых результатов. Основная задача в реабилитации не оценивать степень нарушения функций, а выявлять сохранность их. Оценка мышечной силы производилась по 6-бальной шкале комитета медицинских исследований (Frenkel). Изучение непроизвольных движений производилось по модифицированной шкале Ашфорта. Шкала позволяет определять тактику реабилитационного лечения в зависимости от выраженности спастичного синдрома. Для оценки локомоторной функции пациентов с регрессом двигательных нарушений использовали тест «Функциональные категории ходьбы». Тест имеет 6 уровней оценки в зависимости от внешней помощи при ходьбе. Очень полезен в субъективной оценке качества жизни пациентом набор тестов, обозначаемых как «Activities of Daily Living», в который входит оценка самообслуживания, социальная адаптация. Однако пользование тестом трудоёмко и пациенты не всегда объективно отвечают на вопросы. Более объективна оценка двигательного поведения по Потехину, которая выделяет модули: элементарные двигательные функции, подразделяющиеся на основные, вспомогательные и специализированные. Основные — поворот туловища лёжа, сидение, стояние, ходьба. Для основных локомоторно-постуральных функций предложена шкала уровней компенсации. В этом случае реабилитолог может оценить объективно резерв возможностей восстановления утраченных функций.

Заключение. Тщательный анализ нарушенных функций у спинальных больных позволяет правильно спланировать восстановительные мероприятия и оценить их эффективность. Поэтому с момента поступления больного в ургентное отделение и до реабилитационного центра должен формироваться некоторый обязательный минимум диагностических тестов, необходимый для восстановительного лечения и реабилитации пациентов с последствиями травмы позвоночника.

Адрес автора для переписки:

Титов Юрий Дмитриевич — НИИ травматологии и ортопедии Донецкого государственного университета им. М. Горького, вед. н. с., к. м. н.; 86053, Донецкая обл., Ясиноватский р-н, п. Пески ул. Стадионная, 7, кв. 10. тел. 8-067-720-14-79.