

Прогноз исходов тяжелой черепно-мозговой травмы у детей

Мирзабаев М.Д., Бобоев Ж.И., Хазраткулов Р.Б., Абдукадырова И.А.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649617
kariev@bcc.com.uz

Цель - анализ исходов лечения 154 больных детей пролеченных в отделении нейрохирургии в РНЦНХ период с 2003 по 2009 год.

Материалы и методы. Критерием отбора больных служила перенесенная тяжелая ЧМТ, сопровождающаяся при поступлении коматозным состоянием, оцененным по шкале ком Глазго от 3 до 8 баллов. Однодневную кому перенесло 45 детей, кому до 5 дней - 48, до 10 дней - 29, до 20 дней - 21, более 20 дней - 11 детей. Мальчики составили 63% (97 детей), девочки 37% (57 детей). Возраст больных варьировал от 7 дней до 15 лет. 101 больные имели различные хирургические формы повреждения головного мозга: изолированные оболочечные гематомы; очаги ушиба и разможжения головного мозга в сочетании с оболочечной гематомой; очаги ушиба и разможжения головного мозга; очаги ушиба и разможжения головного мозга в сочетании с вдавленным переломом; очаги ушиба и разможжения головного мозга в сочетании с оболочечной гематомой и вдавленным переломом. Показания к оперативному лечению определялись клинко-морфологической формой очагового поражения мозга и фазностью клинического течения ЧМТ.

Результаты и обсуждение. Предпочтение отдавалось операциям декомпрессивной направленности (89 случаев), костно-пластическая трепанация выполнена у 5 больных, метод длительного эндокапсулярного наружного дренирования применен 7 раз у детей первого года жизни. Летальность в группе оперированных больных составила 17,8%. Значительная часть больных (53) лечилась консервативными методами, летальность в этой группе составила 33,9%. Среди 36 умерших больных 69,4% имели политравмы. Сочетанные повреждения органов брюшной полости (разрывы паренхиматозных органов) имели 16% больных; тяжелую торакальную травму (ушиб легкого и сердца, множественные переломы ребер, пневмо- и гемоторакс) - 16%, множественную скелетную травму (переломы позвоночника, таза, конечностей) - 22%; геморрагический шок III ст. - 5%; травму лицевого скелета - 8,3% больных. Переломы костей основания черепа имели 75%, а картину травматического шока 61% погибших. Смерть больных в первые сутки после травмы наступала от несовместимых с жизнью повреждений, в более поздние сроки - от осложнений травмы. Из 154 больных выжили с хорошим восстановлением 54,5% (84), выжили с серьезным неврологическим дефицитом - 12,9% (20), в апаллический синдроме остались 14 (9,1%) больные, в дальнейшем в течение одного года эти больные выходили в апаллического синдрома, умерло - 23,3% (36) больных.

Выводы. Таким образом, наличие у больного тяжелой ЧМТ и сочетанной травмы, сопровождающейся травматическим шоком и мозговой комой, оцениваемой по шкале ком Глазго в 3-4 балла, значительно ухудшают прогноз. Наличие перелома костей основания черепа делает прогноз более серьезным. Интенсивная терапия вазогенного отека мозга в комбинации с активной хирургической тактикой позволяет значительно улучшить результаты лечения тяжелой ЧМТ.

Влияние хирургического лечения у больных с невралгией тройничного нерва на качество жизни

Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Алтыбаев У.У., Асадуллаев У.М.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649617
kariev@bcc.com.uz

Актуальность Высокая заболеваемость, хроническое рецидивирующее течение серьезно влияет на качество жизни больных с невралгией тройничного нерва, поэтому данная проблема является актуальной. В настоящее время качество жизни больного является важным, а в ряде случаев основным, критерием определения эффективности лечения в клинических исследованиях. В этой связи качество жизни отражает влияние заболевания и лечения на благополучие больного и характеризует его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения.

Целью нашей работы явилось исследование качества жизни (КЖ) больных с невралгией тройничного нерва после дифференцированного хирургического лечения.

Материал и методы Нами проанализированы результаты наблюдений над 186 больными с невралгией тройничного нерва, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Научном Центре нейрохирургии МЗ РУз в период с 1996 по 2009 годы. Все больные по методам лечения были распределены на три группы: В первую группу вошли 54 (29,0%) больных, которым проведены блокады периферических ветвей тройничного нерва, во вторую группу 39 (20,0%) больных перенесли экзез ветвей тройничного нерва и третью группу составили 93 (50,0%) больных, подвергшихся микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва.