

**Результати та їх обговорення.** В контрольній групі отримані наступні результати: померло 8 хворих (40%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 7 хворих (35%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 5 хворих (25%). В основній групі померло 4 хворих (20%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 5 хворих (25%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 11 хворих (55%).

**Висновки.** Застосування мультимодального фізіологічного моніторингу (в першу чергу ВЧТ, ЦПТ, газу крові) і проведення терапії, відповідно до існуючих протоколів, дозволяє досягти значного зменшення летальності і покращення функціональних виходів при лікуванні хворих з ТЧМТ.

### Вплив нейропротекторної інтенсивної терапії на якість життя хворих після тяжкої нейротравми

Клигуненко О. М., Дзяк Л. А., Зозуля О. О.

ДДМА (вул. Дзержинського, буд. 9, м. Дніпропетровськ, 49044; тел. 8056-713-53-08, E-mail: dzyak\_la@dsma.dp.ua)

**Мета.** Вивчити вплив різних варіантів нейропротекторної терапії на якість життя хворих через 2,5—3 роки після ТЧМТ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 65 хворих чоловічої статі, 22 — 55 років, рівень свідомості — не більш 7 балів за ШКГ, середня тривалість коматозного періоду  $8,5 \pm 1,7$  діб. За видом нейропротекторної інтенсивної терапії хворих було розподілено на 3 групи. I група (16 хворих) мала фармакометаболічний захист мозку комбінацією тіопенталу натрію та ГОМКу. В II групі (29 хворих) до вказаних препаратів з 3-ї доби додавали курс гіпербаричної оксигенації (ГБО). Хворим III групи (20 чоловік) вищезазначену терапію поєднували з перфтораном. У віддаленому періоді вивчали рівень соціально-трудової адаптації, неврологічний статус, ЕЕГ, мнестичні функції, працездатність.

**Результати.** У пацієнтів всіх груп виявлено астено-невротичний синдром. У I групі повна трудова адаптація відновилася у 50% обстежених, близько 30% мали II або III групу інвалідності. Розсіяна неврологічна симптоматика виявлена у 8 хворих, у 5 хворих — вогнищеві симптоми. На ЕЕГ — стертість регіонарних кордонів ритміки, зниження реактивності зі зменшенням амплітуди та регулярності  $\alpha$ -ритму. Короткотермінова пам'ять знижувалася на 39,9% при 100% збереженні зорової. Швидкість орієнтовно-пошукових рухів знижувалася на 47,3%, увага — на 8,6%, працездатність — більше ніж вдвічі. У II групі соціально-трудова адаптація відновилася у повному обсязі в 79%, III група інвалідності — у 21%. У 68% обстежених виявлено розсіяну неврологічну симптоматику, але вогнищеві симптоми приєднувалися до неї лише у 7,5%. На ЕЕГ виявлено ознаки дисфункції дієнцезально-стовбурових відділів. При цьому виявлено зниження короткострокової пам'яті на 14,5%, при 100% збереженні зорової, зменшення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 22,9%, уваги — на 7,4%, працездатності — на 1/3 від норми. Серед хворих III групи соціально-трудова адаптація повністю відновилася у 71% випадків, II та III групи інвалідності — у 29%. 71% обстежених мав розсіяну неврологічну симпто-

матику, до якої у 29% приєднувалася вогнищева. У половини обстежених на ЕЕГ виявлена стертість регіонарних кордонів. Виявлено зниження короткострокової пам'яті на 28,9%, при 100% збереженні зорової, вповільнення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 16,9%, при повному відновленні уваги та зниженні працездатності всього на 15%.

**Висновки:** 1. Інтенсивна терапія гострого періоду ТЧМТ повинна включати нейропротекцію.

2. Для підвищення відповідності між потребою клітин головного мозку у кисні та його постачанням нейропротекція повинна зменшувати інтенсивність обмінних процесів у клітинах (наприклад, барбітурати), забезпечувати пряме збільшення постачання  $O_2$  (ГБО, перфторан) та захищати мембрану клітин від руйнівного впливу гіпоксії.

### Оценка качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей

Дядечко А. А.

Институт нейрохирургии  
им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,  
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru

**Целью** работы является определение критериев качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей в зависимости от времени ее выявления и проводимого лечения.

**Материалы и методы.** Анализировано 224 случая посттравматической назальной ликвореи. Катамнез составил от 1 до 3 лет. Качество жизни оценивалось по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale).

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных истечение жидкости появилось в первые две недели после травмы, диагноз ликворея установлен в различные сроки с момента возникновения. В 164 случаях ликворея выявлена в первые дни после травмы, в 60 случаях — в сроки от 1 до 3 лет с момента возникновения.

В первой группе оперативное вмешательство проведено только в 5% случаев. У большинства больных с успехом использовалось консервативное лечение согласно разработанной в клинике схеме, а также по показаниям — длительное люмбальное дренирование. Воспалительные осложнения отмечались только у 2 из 164 больных.

По шкале исходов Глазго хорошее восстановление отмечалось в 50% случаев, умеренная инвалидизация — в 45%, грубая ивализация — в 5%.

Во второй группе хирургическое вмешательство потребовалось в 100% случаев, менингиты и менингоэнцефалиты возникли у 46 из 60 больных. В послеоперационном периоде всем больным устанавливали длительный люмбальный дренаж, больные получали консервативное лечение по схеме до 3 месяцев с рекомендацией соблюдать щадящий режим с исключением физических нагрузок до 3 лет. В большинстве случаев отмечалась грубая и умеренная инвалидизация. К прежней жизни вернулось 10% больных.

**Выводы.** 1. Отмечается прямая зависимость качества жизни пациентов с посттравматической назальной ликвореей от длительности заболевания

и сроков лечения — чем раньше начато лечение, тем лучше функциональные исходы.

2. Ранняя диагностика позволяет применять консервативное лечение и длительное люмбальное дренирование, повышая качество жизни пациентов.

## Определение критериев оценки качества жизни больных с НІV

Дядечко А. А.

*Институт нейрохирургии*

*и.м. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,  
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru*

Целью работы является определение критериев оценки качества жизни больных с НІV на основе оценки клинических проявлений, тяжести заболевания (клинической категории).

Решение проблемы осложняется многогранностью проявлений заболевания и связанных с ним социальных проблем.

**Материал и методы.** Проведен анализ 30 случаев с различной нейрохирургической патологией на фоне НІV и НІV-ассоциированными очаговыми поражениями головного мозга (клинические категории А, В, С).

**Результаты и их обсуждение.** Наряду с эмоционально — волевыми расстройствами, существенно затрудняющими лечение, ведущую роль играет симптомокомплекс, характерный для данной клинической категории и НІV-ассоциированных заболеваний. Основные неврологические проявления со стороны ЦНС и периферической нервной системы обусловлены оппортунистическими инфекциями и их гнойными осложнениями, новообразованиями, НІV-деменцией, метаболическими и токсическими расстройствами.

Для оценки качества жизни использовались шкалы и тесты соответственно основным проявлениям, характерным для каждого пациента в соответствии с клинической категорией.

Для оценки субъективного восприятия боли использовался Опросник Боли МакГилла. Когнитивные функции оценивались при помощи Шкалы Комы Глазго (оценка уровня сознания), теста «Ориентация-Память-Внимание», теста Мини-Ментал.

Психологическое благополучие оценивалось согласно Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии, Индекса Общего Психологического Благополучия. Для больных с онкологическими заболеваниями использовалась Шкала Карновского.

Важным при оценке качества жизни больных с НІV является определение нарушений жизнедеятельности (самообслуживания, мобильности, общения и обучения, межличностных взаимодействий и отношений, семейной и общественной жизни). С этой целью используется Индекс Активностей Повседневной Жизни.

**Выводы.** 1. Проведенный анализ указывает на зависимость качества жизни больных с НІV от принадлежности к определенной клинической категории.

2. Оценка качества жизни больных с НІV должна быть основана на многогранности клинических и социальных проявлений заболевания.

## Факторы, влияющие на качество жизни, связанного со здоровьем у больных с повторной легкой ЧМТ.

Каджая Н. В.

*Институт нейрохирургии*

*и.м. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,  
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru*

**Цель работы:** Выделить факторы, улучшающие качество жизни, связанного со здоровьем у больных с повторной легкой ЧМТ в отдаленном периоде травмы.

**Материал и методы исследования:** К основным факторам, ухудшающим физическое здоровье, относят боль, астенизацию, нарушение двигательных функций и восприятия (Study protocol for the World Health Organization, 1993).

Для оценки исходов реабилитации больных, перенесших черепно-мозговую травму предложено несколько шкал. Наиболее полно отражающей исходы легкой черепно-мозговой травмы является шкала Исходов НИИ им. Н.Н. Бурденко. Интенсивность существующей боли оценена по короткой форме Опросника Мак-Гилла.

Исследованию подверглись 150 больных с повторной легкой черепно-мозговой травмой (от 1 до 4 в анамнезе) в отдаленном периоде (через 1,5—3 года после получения последней черепно-мозговой травмы).

**Результаты и их обсуждение:** Отмечено, что только у 16 больных (10,6%) можно было квалифицировать состояние больного как выздоровление (отсутствие жалоб, хорошее самочувствие, полное восстановление трудоспособности); легкая астения (повышенная утомляемость, но нет снижения памяти и затруднения концентрации внимания, работа с полной нагрузкой на прежнем месте) диагностирована у 32 (21,3%) больных; умеренная астения выявлена у 65 (43,3%) пострадавших (снижена память, трудится на прежней работе, но менее родуктивно чем до ЧМТ); грубая астения (быстро устает физически и психически, истощаемо внимание, частые головные боли и другие проявления дискомфорта, может трудиться на менее квалифицированной работе) диагностирована у 19 (12,7%) установлена 3 группа инвалидности; выраженные нарушения психики и/или двигательных функций но способность к самообслуживанию выявлена у 6 (4%) пострадавших, при этом устанавливается 2 группа инвалидности.

На выраженность посттравматических изменений влияют кратность (больше 2-х) перенесенной травмы, возраст (старше 60 лет) больных; наличие сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, сахарный диабет).

Согласно Опроснику Боли Мак-Гилла выделены 5 категорий тяжести: 0 — нет боли — 24 больных (16%); 1 — боль низкой интенсивности, не ограничивающая жизнедеятельность или приводящая к легкой инвалидизации — 83 больных (55,3%); 2 — выраженная боль, не ограничивающая жизнедеятельность или приводящая к легкой инвалидизации — 35 больных (23,4%); 3 — боль, значительно ограничивающая трудоспособность и умеренно ограничивающая жизнедеятельность — 10 больных (5,3%); 4 — боль, значительно ограничивающая и трудоспособность, и жизнедеятельность больных. Больных с такой интенсивной головной болью не наблюдалось.