

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.

Каждая 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.