

# Оцінка якості життя хворих дитячого віку після нейрохірургічного лікування

## Качество жизни детей оперированных по поводу спинномозговой грыжи в раннем возрасте

*Ахмедиев М. М.*

*Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Республика Узбекистан, 700000, Ташкент, ул. Каблукова, 5, тел. 1342532, E-mail: mahmidneuro@mail.ru*

Нейрохирургическая патология детей со спинномозговими грыжами (СМГ) имеет ряд особенностей, так как касается не только здоровья и жизни пациентов, но и всей семьи.

Тактика и стратегия лечения определялась прогнозом возможных осложнений, характера гидроцефалии и сопутствующих аномалий развития. Для оценки качества жизни детей оперированных по поводу СМГ изучен катамнез 60 детей в период от 6 мес. до 8 лет после операции. Качество жизни в отдаленном периоде после удаленной СМГ оценивалось по динамике неврологического статуса, социальной адаптации и по данным контрольной КТ/МРТ. На результаты лечения детей оказывали влияние неврологический статус до хирургического лечения, наличие и выраженность сопутствующих пороков развития, характер, темп развития вторичной гидроцефалии.

Представляется важными не только ранняя диагностика и лечение СМГ с достижением функционального результата, но и адекватная реконструкция при синдроме фиксированного спинного мозга с целью коррекции двигательных, чувствительных, урологических, трофических расстройств и ортопедической патологии для повышения качества жизни и социальной адаптации ребенка.

Вышесказанное свидетельствует в пользу применяемой нами хирургической тактики и позволяет рекомендовать ее в качестве стандарта выполнения подобных операций. Это расширило возможности проведения реабилитации у детей с нарушенной нейрорегуляцией. Комплексное воздействие на процессы восстановления функции спинного мозга включает: нейропротекцию с целью стабилизации уцелевших структур, сохранения функционально полноценных волокон; использование физических факторов с целью стимуляции регенерации нервных элементов. Лечебные и физиотерапевтические мероприятия следует определять с учетом нарушений функций тазовых органов. Лечение сопутствующей косолапости, трофических проявлений и других аномалий необходимо проводить в ранние сроки для обеспечения адаптации детей к жизни в условиях семьи и общества.

Таким образом, современные возможности лечения СМГ способны обеспечить наиболее стойкий функциональный результат, если операция выполнена в самом раннем возрасте, так как для таких пациентов любое улучшение в неврологическом статусе имеет значение для социальной адаптации.

## Критерії якості життя дітей з гліомами зорових шляхів в післяопераційному періоді

*Борисова І. О.*

*Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова АМН України. 04050, м. Київ, вул. Мануйльського 32. т. 80444839614, email: child@neuro.kiev.ua*

**Мета.** Дослідити якість життя дітей з гліомами зорових шляхів в післяопераційному періоді, в залежності від топографічної локалізації пухлини.

**Матеріали та методи.** Дослідження базувалось на аналізі 110 хворих дітей з гліомами зорових шляхів. Серед них діти з пухлинами зорових нервів склали 40 спостережень, з пухлинами зорових нервів і хіазми — 37 спостережень, з ізольованими пухлинами хіазми 10 хворих, з розповсюдженням пухлин в гіпоталамус та підкіркову ділянку — 13 спостережень.

**Результат та їх обговорення.** У всіх дітей з гліомами зорових нервів проведено операції видалення пухлини. Катамнез 8—10 років. У даної групи хворих рецидиву захворювання не виявлено. Клінічні ознаки в післяопераційному періоді включали окорухові порушення і птоз різного ступеня, амавроз (все на стороні операції). Якість життя хворих цієї групи складала 85 балів згідно шкали оцінки якості життя пацієнтів з ураженням центральної нервової системи (Орлов Ю. А., 2001).

У дітей з гліомами зорових нервів і хіазми проведено операції тотального, або часткового видалення пухлини, якщо новоутворення повністю проростало хіазму. Катамнез 6—8 років. Клінічні ознаки в післяопераційному періоді включали окорухові порушення і птоз різного ступеня, амавроз і зниження зору на протилежній стороні. Якість життя хворих цієї групи складала до 75—80 балів.

У дітей з ізольованими гліомами хіазми виконано операції часткового видалення пухлини з наступним проведенням променевої терапії. Клінічні ознаки включали зниження зору на одне, або обидва ока різного ступеня вираженості, елементи дієнцефального синдрому. Якість життя хворих цієї групи складала до 60—70 балів.

У хворих з пухлинами хіазми, які розповсюджувались в гіпоталамус та підкіркову ділянку виконано операції часткового видалення пухлини, або її біопсія, з наступним проведенням променевої терапії. Клінічні ознаки включали зниження зору на одне, або обидва ока різного ступеня, синдрому внутрішньочерепної гіпертензії, контрлатерального центрального моно-, або геміпарезу, дієнцефального синдрому. Якість життя хворих цієї групи складала до 45 балів.

**Висновки.** Таким чином якість життя хворих дітей з гліомами зорових шляхів, в післяопераційному періоді, залежить від топографічної локалізації і розповсюдження цих новоутворень, що, в свою чергу, обумовлює об'єм їх видалення. Обмежені реабілітаційні можливості сприяють лише відновленню окорухових порушень.