

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.

Выводы: Таким образом повторная черепно-мозговая травма в около 70% случаев может быть одним из основных факторов, влияющих на качество жизни, связанного со здоровьем.

Восстановительное лечение зрительных нарушений после черепно-мозговой травмы

*Жарова Е. Н., Иванова Н. Е.,
Кирьянова В. В.**

*Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. А. Л. Поленова*

**Санкт-Петербургская Медицинская
Академия последипломного образования,
Санкт-Петербург, ул. Маяковского д. 12,
тел. (812) 275-67-57,
E-mail-garlen@inbox.ru*

Проблема лечения больных с посттравматическими зрительными нарушениями остается актуальной в связи с высокой частотой и тяжестью клинических исходов.

Цель. В связи с этим целью нашего исследования было разработать и научно обосновать применение светодиодного излучения в лечении зрительных нарушений травматического генеза.

Материалы и методы. В РНХИ им. А. Л. Поленова на восстановительное лечение было взято 105 больных с нарушением зрения после нейротравмы. Топика поражения зрительного пути определялась на основании исследования зрительных функций, характера неврологических нарушений и результатов нейровизуализационных методов обследования (МРТ и КТ головного мозга), а также электроэнцефалограммы и исследование зрительных вызванных потенциалов (ЗВП). При этом отклонения от нормы наблюдались у подавляющего большинства пациентов — 92,8% в основной группе, у 86,2% в контрольной группе.

Результаты и их обсуждение. После восстановительного лечения, включающего консервативную медикаментозную терапию и светодиодное излучение длиной волны 540 нм, больные осматривались нейроофтальмологом, проводилось исследование электроэнцефалограммы и зрительных вызванных потенциалов. В результате наблюдались динамические изменения остроты зрения, полей зрения, а также ЭЭГ и ЗВП данных. При этом хорошее восстановление (по шкале последствий нейротравм Глазго) достигнуто у 23,2% пациентов основной группы и только у 5,6% пациентов контрольной группы. При оценке изменений данных электроэнцефалограммы положительные изменения ЭЭГ преобладали в основной группе — 85,5%, $P < 0,001$.

Наблюдалось улучшение проведения по зрительному пути при исследовании ЗВП. Выявлено укорочение латентного периода у 74% больных в основной группе, тогда, как в контрольной группе только у 22%. Наблюдалась нормализация амплитудных параметров ЗВП у 71% пациентов в основной группе и лишь 19% в контрольной группе.

Выводы. Таким образом, применение узкополосного некогерентного излучения длиной волны 540 нм в комплексном лечении зрительных нарушений травматического генеза более значительно улучшает клиническое течение заболевания по сравнению с группой больных, получавших одно медикаментозное лечение. Включение фотохромотерапии в комплекс лечения приводит к более быстрому и полному восстановлению зрительных функций.

Эффективность оказания помощи пострадавшим сельской местности с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой

Журавлев В. В.

*Донецкий Областной центр
экстренной медицинской помощи,
г. Донецк, 83110,
а/я 1412, 307-81-35;
serg1948@yandex.ru*

Цель. Повысить качество оказания помощи сельским жителям с изолированной и сочетанной черепно-мозговой травмой.

Материал и методы. Проанализировано 404 случая оказания нейротравматологической помощи сельским жителям Донецкой области с изолированной (66,9%) и сочетанной (33,1%) черепно-мозговой травмой. Все больные были консультированы нейрохирургами по линии Донецкого областного центра экстренной медицинской помощи (ДОЦЭМП) и затем транспортированы в Донецкий областной нейрохирургический центр. Вся информация вводилась в информационную медицинскую систему «Медик-ЧМТ», анализировалась и подвергалась необходимому статистическому анализу. Оценка качества жизни проводилась в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ).

Результаты и обсуждение. Оценка качества жизни больных с изолированной ЧМТ показал, что умеренная инвалидизация отмечается чаще всего (81,4%), значительно реже встречалось хорошее восстановление (9,8%) и тяжелая инвалидизация выявлена в 8,8% случаев. При оценке качества жизни больных с сочетанной ЧМТ чаще всего (76,0%) выявлялась умеренная инвалидизация, реже тяжелая инвалидизация (17,7%) и только в 6,3% случаев наблюдалось хорошее восстановление с возможностью восстановления к труду.

Выводы. Качество жизни больных сельской местности, получивших ЧМТ определяется тяжестью травмы, изолированным или сочетанным ее характером и зависит от времени оказания специализированной помощи. При этом хорошее восстановление и/или умеренная инвалидизация чаще выявляется при изолированной ЧМТ. А тяжелая инвалидизация выявляется в несколько раз чаще в своей подгруппе при сочетанной ЧМТ. Таким образом, для повышения эффективности оказания помощи сельским жителям с ЧМТ, необходимо уделять больше внимания сочетанным повреждениям.