

Качество жизни детей, оперированных по поводу нейрохирургической патологии

Орлов Ю. А.

Эффективность лечебных мероприятий оценивается с учетом большого ряда показателей. К ним относятся, в первую очередь, общая и послеоперационная смертность, продолжительность жизни и, конечно, ее качество. Качество жизни представляет собой интегральную характеристику физического, психического, эмоционального и социального функционирования человека. В настоящее время существует более 50 различных шкал оценки качества жизни пациента при различных патологических состояниях. Они основаны на качественной и количественно оценке состояния пациента, проведенной объективно врачом или субъективно пациентом. Наибольшее распространение в нейрохирургической практике получили шкала качества жизни Карнавского, шкала степени инвалидизации Ренкина и шкала исходов Глазго.

Эти шкалы лишь частично учитывают специфику поражения нервной системы и практически не адаптированы к детскому возрасту. В них также отсутствует учет особенностей самой нейрохирургической патологии поражения нервной системы и исходного состояния на момент обращения больного за медицинской помощью.

Нами предложена и многократно апробирована шкала качества жизни детей с поражениями нервной системы (табл. 1). Она нашла определенное распространение в Украине и России для оценки результатов лечения детей с нейрохирургической патологией. Шкала основана на оценке двух блоков адаптации детей к окружающей среде. Первый блок характеризует психоневрологический статус ребенка, а второй блок — степень социальной адаптации с учетом познавательной способности и возможностей обучения. Каждая качественная характеристика оценки объекта имеет количественное выражение, а сумма этих показателей отражает качество жизни пациента. Это позволяет количественно оценить качество жизни ребенка и подойти к стандартизации

результатов лечения различной патологии нервной системы у детей. Кроме того, изменения суммарного показателя качества жизни в процессе наблюдения за пациентом позволяют сделать вывод о тенденции течения болезни и реабилитационного периода.

Сумма баллов 100—80 соответствует понятию «хорошее качество жизни», когда пациент практически здоров, трудоспособен, может посещать общеобразовательные учреждения (садик, школу, институт), психоневрологический дефект не мешает нормальному образу жизни. Сумма баллов 75—50 означает «удовлетворительное качество жизни» со значительными ограничениями трудоспособности, обучаемости, необходимостью в посторонней помощи. Показатели 45—30 баллов указывают на «плохое качество жизни» и нередко требуют пребывания пациента в лечебном учреждении или на дому при постоянной помощи окружающих. Сумма баллов менее 30 соответствует практически вегетативному статусу.

Нами проведена оценка результатов лечения детей с различными нейрохирургическими нозологическими формами поражения нервной системы с учетом качества жизни.

Пострадавшие с ЧМТ в детской популяции встречаются с частотой 1,2—3 случаев на 1000 и составляют основную массу госпитализированных детей в детские нейрохирургические стационары (по стране в 2005 г. 76,5% госпитализаций). При средней частоте ЧМТ у детей равной 2‰ это составляет ежегодно около 18000 случаев, однако доступность специализированной помощи ограничена и получает ее только половина пострадавших (в 2005 г. в нейрохирургических стационарах лечилось 9884 детей с ЧМТ). Ближайшие результаты лечения детей с нейротравмой более благоприятные по сравнению с взрослыми и показатели летальности не превышают 0,3—0,4%. Результаты лечения, с учетом качества жизни, по материалу Института нейрохирургии АМН Украины за последние годы представлены в таблице 2.

Значительную часть пациентов детских нейрохирургических стационаров составляют дети с прогрессирующей гидроцефалией. Без хирургического вмешательства 75% этих пациентов погибают в те-

Таблица 1. Шкала качества жизни детей с поражениями нервной системы

Объект оценки	Качественная характеристика	Оценка (баллы)
I. Психоневрологический статус Психическая деятельность: Двигательная сфера: Речевая функция: Зрение: Эпилептические припадки:	Норма	10
	Снижение памяти и запоминания	5
	Дезинтеграция психической деятельности	0
	Норма	10
	Геми-парезы, статические нарушения	5
	Геми-паралезия, грубые статические нарушения (не ходит)	0
	Норма	10
	Афатические нарушения	5
	Отсутствие речевого контакта	0
	Норма	10
	Снижение зрения или слепота на один глаз	5
	Слепота	0
	Норма	10
	Редкие общие или частые очаговые приступы	5
	Частые общие эпилептические приступы	0
II. Социальная адаптация Семейная адаптация: Трудовая адаптация:	Полное самообслуживание	25
	Требует периодически посторонней помощи	15
	Требует постоянной посторонней помощи	5
	Не может находиться в семье	0
	Полная трудоспособность и обучаемость	25
	Ограниченная трудоспособность и обучаемость	15
	Не трудоспособен и не способен к обучению	5
	Не способен к самостоятельному существованию	0

Таблиця 2. Результати лікування 6950 дітей с ЧМТ

Характер ЧМТ	Исходы и качество жизни				
	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Вегетативный статус	Смерть
Сотрясение мозга	99,8%	0,2%	—	—	—
Ушибы мозга легкой-средней степени тяжести	79,9%	19,9%	0,2%	—	—
Ушибы мозга тяжелой степени тяжести	60,8%	20,5%	15,3%	0,6%	2,8%
Внутричерепные гематомы	76,0%	19,5%	2,9%	—	1,6%
ДАП	—	47,4%	45,5%	2,6%	4,5%
Всего:	88,5%	10,2%	0,9%	0,1%	0,3%

чение года, а оставшиеся в живых остаются грубыми инвалидами. Основным методом лечения пациентов с прогрессирующей гидроцефалией является хирургические вмешательства с использованием клапанных ликворощунтирующих систем. Результаты лечения связаны с этиологией гидроцефалии, стадией ее развития, выраженностью расширения желудочков, сохранностью мозговой паренхимы и состоянием больных перед операцией. Однако даже при критической стадии гидроцефалии, когда мозговой плащ составляет несколько миллиметров, хорошие и удовлетворительные результаты ликворощунтирующих операций составляют около 70% наблюдений. При анализе 181 ребенка, оперированных в грудном возрасте, получены вполне не плохие результаты (табл. 3). Они значительно лучше у детей с врожденной гидроцефалией, когда отсутствуют повреждения мозга в результате инфекции, гемморагии или гипоксии, у детей с не запущенными стадиями заболевания.

Таблиця 3. Отдаленные результаты (качество жизни) детей, оперированных по поводу прогрессирующей гидроцефалии в грудном возрасте

Оценка качества жизни	Частота (%)
Хорошее (100—80 баллов)	59,1%
Удовлетворительное (75—50 баллов)	24,9%
Плохое (45—30 баллов)	16,0%
Вегетативный статус (менее 30 баллов)	—

Несколько другой подход к результатам лечения детей с врожденными пороками развития нервной трубки и в первую очередь к спинномозговым грыжам. Качество жизни их определяется главным образом выраженностью дефекта развития и степенью вовлечения в патологический процесс нервных структур, что определяет исходный и последующий неврологический дефект. Нейрохирургическая помощь у больных с дефектами развития нервной трубки направлена, в первую очередь, на сохранение жизни больного при разрывах грыж, ликворе. Во-вторых, лечение направлено на создание оптимальных условий для реабилитации пациентов, сохранение или улучшение качества их жизни. Первую задачу во многом удалось решить благодаря внедрению в практику положения об urgenности хирургического лечения разорвавшихся спинномозговых грыж или их угрозе в первые 24 часа. Это обеспечило снижение частоты развития менингоэнцефалитов с 75% до 5% случаев и снижение смертности более чем на порядок. Послеоперационная смертность у детей с дефектами развития нервной трубки в Украине в 2006г. составила 2%, ранее она превышала 20%. Значительно сложнее решается вопрос улучшения качества жизни этих пациентов. Внедрение микрохирургической техники, уменьшение травматичности операций, внедрение ликворощунтирующих опе-

раций в комплекс лечения улучшает результаты, но не столь значительно. При анализе 152 пациентов со спинномозговыми грыжами установлено, что качество жизни в ближайшие годы после операции не ухудшается, не прогрессирует неврологический дефект, нет прогрессирования гидроцефалии, но определяющим является исходное состояние больного (табл. 4). У 77 из этих больных операции были urgenными, возраст детей колебался от нескольких часов до недель, в 52 наблюдениях пластика грыжевого мешка была дополнена ликворощунтирующими операциями. Послеоперационная летальность составила 4,6% и была обусловлена множественными пороками развития как нервной системы, та и других органов.

Таблиця 4. Качество жизни детей, оперированных по поводу спинномозговых грыж

Вид спинномозговой грыжи	Качество жизни (до операции/после операции)		
	Хорошее (%)	Удовлетворительное (%)	Плохое (%)
Менингоцистоцеле (18 больных)	94,4/100	5,6/0	0/0
Менингоградикулоцеле (36 больных)	36,1/75,0	53,9/25,0	0/0
Менингомиелоцеле (58 больных)	0/0	5,2/10,3	94,8/89,7
Нейрорахизис (40 больных)	0/0	15,0/37,5	85,0/62,5
Всего:	19,7/28,9	21,7/19,7	58,6/51,3

Значительно отличаются подходы к оценкам результатов лечения при онкопоражениях мозга у детей. Они оцениваются по показателям послеоперационной летальности, продолжительности безрецидивного периода, длительности выживания и качества жизни этих больных. Все эти показатели значительно отличаются в зависимости от характера опухоли и ее локализации, исходного состояния и стадии процесса, возраста больных, радикальности операции и проведенного адьювантного лечения. Примером таких отличий могут служить результаты лечения и качество жизни больных с медуллобластомами мозжечка (286 наблюдений) и глиом зрительных путей у детей (110 наблюдений), но даже внутри этих групп имеются большие различия (табл. 5). Результаты лечения и качество жизни при медуллобластомах мозжечка значительно лучше у детей старше 3 лет, при отсутствии грубого поражения ствола, при проведении после операции лучевой и химиотерапии. При глиомах зрительных путей показатели лучше при отсутствии распространения опухоли на хиазму, в гипоталамические отделы.

Проведенный анализ говорит о необходимости, с одной стороны, стандартизации показателей результатов лечения и качества жизни, а с другой стороны, о целесообразности их рассмотрения в за-

Таблиця 5. Результати лічення і якість життя дітей з медуллобластомами мозжечка і гліомами зрительних путей

Показатель	Летальность п/о	Медиана выживания	Качество жизни		
			Хорошее	Удовлетв.	Плохое
Медуллобластомы мозжечка	10%	12 месяцев	11%	44,4%	0,8%
Глиомы зрительных путей	0,9%	96 месяцев	63,6%	36,4%	0%

висимости от нозологии, возраста, стадии заболевания, радикальности операций, адьювантной, восстановительной терапии и многих других факторов.

Опыт повышения мобильности и качества жизни у пациентов со спинномозговыми грыжами после нейрохирургического лечения

Салева А. Д., Духовский А. Э.*,

Петров В. Г., Борисов М. А.

Чернышева И. Н., Варешнюк Е. В.

УкрНИИ протезирования, протезостроения и восстановления трудоспособности, 61051, г. Харьков, ул. Клочковская, 339, тел. 337-86-10, 337-79-35, Городской Центр Детской нейрохирургии*, 61018, г. Харьков, пер. Балакирева, 3-а, ХГКБСНМП им. проф. Мещанинова А. И., тел. 343-62-55

Основной метод лечения спинномозговой грыжи — оперативная коррекция в раннем детском возрасте: при угрозе разрыва проводится в ургентном порядке первые 24 часа; без угрозы разрыва, оптимальный возраст для хирургической коррекции определяется в 2—4 месяца. Оперативное лечение носит часто только косметический характер и степень неврологического дефицита составляет М 0, S 0 (Van der Ploeg, 1984).

Цель работы: улучшение мобильности и качества жизни пациентов со спинномозговыми грыжами.

Материалы и методы: пациенты со спинномозговой грыжей первого года жизни до 18 лет.

В УкрНИИ протезирования разработан алгоритм реабилитации пациентов с вялыми парезами при помощи технических средств реабилитации: параподиум, аппарат эквивалентной ходьбы, ортезирование. Реабилитированы 11 детей со спинномозговой грыжей (менингомиелоцеле и липомиеломенингоцеле). Из них 5 детей в раннем детском возрасте были прооперированы в ГЦД нейрохирургии, 5 — в других клиниках. Один ребенок не оперирован из-за отказа родителей. Планирование реабилитационных мероприятий начинали с тестирующих программ функций опорно-двигательного аппарата и нервно-мышечной системы.

Вертикализация пациентов и обучение ходьбе осуществлялось поэтапно с помощью физических методов (по показаниям), динамического параподиума, ортезных систем с принудительным движением в аппарате эквивалентной ходьбы до выработки нового локомоторного акта. Реализация трех этапов вертикализации позволила достигнуть аппаратной мобильности у 5-ти пациентов и самостоятельной ходьбы в ортезах у остальной группы.

Результаты и обсуждение: оценка результатов хирургического лечения, мобилизации пациентов проводилась с использованием ЭНМГ и на аппаратно-программном комплексе по данным базо- и стабиллометрии, при помощи «Шкалы оценки качества жизни ребенка с органическим поражением ЦНС» (Орлов Ю. А. 2002г).

Выводы: своевременная хирургическая коррекция снижает риск возникновения различных осложнений и смертность, применение аппаратов реципрокной ходьбы и ортезы нижних конечностей позволили восстановить биомеханически правильную ось конечностей, являясь профилактикой контрактур и деформаций. Освоение навыков стояния и ходьбы детей с пlegией улучшило их физическое и психоэмоциональное состояние, повысило балльные оценки качества жизни.

Т. о., представленный опыт комплексного лечения позволяет рекомендовать этапное использование технических средств реабилитации в послеоперационном периоде у детей со спинномозговыми грыжами, начиная с раннего детского возраста.

Качество жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом

Семисалов С. Я., Абашии Г. В., Болгова И. В.

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, 83110, а/я 1412, 307-81-35, serg1948@yandex.ru

Цель. Определить эффективность оперативно-го лечения травматических эпидуральных гематом у детей.

Материал и методы. Проведен анализ эффективности оперативного лечения травматических эпидуральных гематом у 16 пострадавших в возрасте от 1 до 15 лет. Все больные были мужского пола. Оценка качества жизни проводилась в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ). Всем больным перед оперативным вмешательством проводилось клинкорентгенологическое обследование, компьютерная томография или магнитно-резонансное исследование. В 14 случаях производилась костно-пластическая трепанация, а в 2 — резекционная трепанация черепа. Вся информация вводилась в специально разработанную медицинскую информационную систему «Медик-ЧМТ» и в последующем подвергалась анализу и статистической обработке.

Результаты и обсуждение. Анализ качества жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом показал, что исход лечения практически не зависел от величины гематомы и техники трепанации черепа (костно-пластическая или резекционная). Во всех случаях оперативного удаления травматических эпидуральных гематом у пострадавших детского возраста быстро наступала компенсация и изменения в статусе соответствовали умеренной инвалидизации по ШИГ.

Выводы. Оценка качества жизни детей, оперированных по поводу травматических эпидуральных гематом в соответствии со ШИГ позволяет объективизировать изменения, наступающие после травмы и конкретизировать дальнейшую восстановительную терапию. Более высокое качество жизни выявлено у детей, имевших менее выраженные клинические проявления ушиба головного мозга.