

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.