

Вопросы реабилитации больных с апаллическим синдромом

Мирзабаев М.Ж., Бобоев Ж.И.

Республиканский Научный Центр
Нейрохирургии, Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,
134-10-83, kariev@bcc.com.uz

Одной из нерешенных проблем нейрохирургии является апаллический синдром (АС) травматической этиологии, развивающийся у 1—14% больных с продолжительной комой.

В связи с успехами современной нейрохирургии и реаниматологии все большее число больных переживают кому, увеличивается число больных с апаллическим синдромом, а проблема их реабилитации и лечения становится не только медицинской, но и социальной.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и реабилитации больных с апаллическим синдромом травматической этиологии.

Обследовано 28 больных с посттравматическим апаллическим синдромом находившихся в РНЦНХ с 2001 по 2007гг. в возрасте 12—44лет.

Результаты и обсуждения. Диагноз АС был поставлен через 2 недели после тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ). Из 28 больных с АС 13 была произведена двухсторонняя декомпрессивная трепанация черепа, 7 больным гемикранэктомия, и 8 больных лечились консервативно. Клиническое течение АС после острого повреждения начиналось с комы продолжительностью несколько дней или недель. К этому моменту 26 больных были способны к спонтанному дыханию и не требовали искусственной вентиляции легких. После периода комы вместе с циклом «сон-бодрствование» появилось спонтанное открывание глаз, беспорядочные движения глазных яблок и конечностей.

Отсутствие стандартов лечения при АС, затрудняет выбор метода лечения. Мы придерживались следующей тактики лечения: коррекция мышечного тонуса, контроль эпилептических приступов, предупреждение вторичных осложнений со стороны внутренних органов и медицинским уходом медперсонала и родственниками. Терапия восстановления сознания включала мощную сосудистую, ноотропную, витаминотерапию, инсуффляцию кислорода эндолумбально, ЛФК, массаж, физиолечение. Все больные с АС нуждались в длительной, настойчивой восстановительной терапии, продолжающейся месяцами.

Таким образом, продолжительное восстановительное лечение дает нередко хорошие результаты, однако качества жизни у данной категории больных остается низким. Вопросы реабилитации и восстановления у данной категории больных требуют своего дальнейшего решения.

Методика оцінки якості життя хворих з дисциркуляторною енцефалопатією

Попова І.Ю., Степаненко І.В.,
Бондар Т.С., Лихачова Т.А., Попов А.О.,
Степаненко Н.О., Земскова І.П.

Державна Установа «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України»,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32,
тел. 483-91-98, brain@neuro.kiev.ua

Оскільки дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕП) являється важливою причиною непрацездатності та соціальної дезадаптації населення, метою роботи було вивчення в динаміці реабілітації якості життя хворих з різними стадіями ДЕП і оцінка ефективності відновлення порушених функцій.

Матеріали і методи: нами адаптована система оцінки рухових, психічних функцій та рівня самообслуговування (Hamrin E., et al. 1982, 1983р.) по Activity Index (AI). Вона представляє собою суму балів, яка свідчить про ступінь якості життя хворих. Для здорових осіб вона дорівнює 92, нижча за 50 балів свідчить про значне зниження якості життя; 50—83 бали — про помірне, вища за 83 бали — про задовільну якість.

Обстежено 96 хворих, виділено III стадії ДЕП, залежно від адаптаційних, імунологічних, біохімічних, нейровізуальних, психологічних показників.

Результати та їх обговорення. В I групі, яка становила 18 хворих з легкою стадією ДЕП, до початку відновного лікування визначено AI вищим за 83 бали було у 89% випадків, від 50 до 83 балів — у 11%, нижче 50 балів по AI у хворих не виявлено.

В II групі з середньою стадією важкості ДЕП (33 хворих) високий AI був у 56% обстежених, середній — у 34%, низький — у 10%.

В III групі з важкою стадією ДЕП високий AI не виявлено, середній був у 56% хворих, низький у 44%.

При обстеженні після проведення реабілітації хворих з високим AI в I групі стало 95%, із середнім — 5%. В II групі високий AI зріс до 70%; середній рівнявся 22%, низький зменшився до 8%. В III групі хворих високий AI зріс до 7%, середній збільшився до 78%, низький зменшився до 25%.

Висновки. Отримані дані дозволяють відмітити значну ефективність проведеної реабілітації хворих з різними стадіями ДЕП. Дослідження якості життя за допомогою адаптованого з цією метою AI на різних етапах лікування сприяє об'єктивному обстеженню хворих, індивідуальній корекції відновних програм, прогнозуванню можливих результатів відновлення порушених функцій.

Роль морфологических исследований в оценке качества помощи и повышения качества жизни в нейрохирургической практике

Шамаев М.И., Мальшева Т.А.

Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины

Пристальное внимание общества к проблемам оказания медицинской помощи обусловило при-