

## 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-

знание факта нередко встречающихся в практике здравоохранения различных неблагоприятных последствий лечения (НПЛ). Они могут развиваться и по не зависящим от медицинского персонала причинам, но значительно чаще — вследствие ошибок и нарушения стандартов лечения, обусловленных «человеческим фактором». Для оптимизации лечения и повышения качества жизни пациентов необходим их анализ и систематизация. В оценке результативности лечения больных, в первую очередь с нейроонкологической патологией особое внимание уделяют показателям качества жизни (КЖ). КЖ — показатель воздействия на человека внешней и внутренней среды, который зависит от возраста больного, пола, локализации опухолевого процесса, гистобиологической характеристики опухоли и выбранного на этом основании алгоритма лечения. В настоящее время наряду с понятием КЖ активно развивается эргономика, которая включает не только производственную деятельность (взаимодействие человека, науки и техники), но и понятие комфорта, безопасности, легкости в использовании, целесообразности проводимых медицинских манипуляций. В оптимизации лечебных мероприятий важное значение, приобретают данные клинических исследований в сопоставлении с анатомо-топографическими и патогистологическими данными. Представление о локализации процесса и его топографии (с учетом ФВЗ и поражения окружающих структур) важно для хирурга как на этапе планирования операции (выбор доступа) так и ее проведения (объем удаления). Обеспечение КЖ оперированных больных, прогнозируемый исход операции предполагает достижение факта регресса клинических проявлений заболевания, предупреждение возможного усугубления неврологического дефицита или появления новых очаговых симптомов на основании учета, топографии и гистобиологии новообразований и их микрохирургической анатомии (клинико-морфологических сопоставлений) в каждом конкретном случае. Таким образом, для улучшения КЖ больных с патологией головного мозга необходима комплексная морфологическая диагностика, позволяющая оптимизировать лечение и основывающаяся в первую очередь на биопсии. Это сложная медицинская услуга, прижизненное патологоанатомическое (гистологическое, и при соответствующем обеспечении: гистохимическое, иммуноморфологическое, молекулярно-биологическое, электронно-микроскопическое, морфометрическое) исследование тканей, независимо от их объема, метода получения или характера патологического процесса. Патологоанатомическое исследование — прижизненная и посмертная диагностика болезней на биопсийном и аутопсийном материале, является обязательным контролем за качеством лечебно-диагностической работы во всех лечебных и научно — лечебных учреждениях.

Улучшение КЖ нейрохирургических больных возможно лишь при условии учета и тщательной систематизации неблагоприятных последствий диагностики и лечения. С этой целью обязательно проведение в первую очередь клинико-морфологических сопоставлений, осуществляемых в тесном сотрудничестве клиницистов и морфологов, располагающих результатами всесторонних патогистологических методов исследования на основе данных биопсии (в том числе и пункционной) и цитологии. Эта методология должна быть широко внедрена в систему информа-

ции о проблеме в систему обучения и повышения квалификации врачей; развитие понятийной базы и таксономии; работа по возведению проблемы безопасности лечения в ранг глобальных приоритетов государства.

### **Вплив раннього застосування заходів експериментальної фізичної реабілітації на рівень володіння соціально-побутовими навичками осіб з нижньою параплегією в умовах стаціонару**

*Шевага В. М.\*, Нетлюх А. М.\*,  
Кобелев С. Ю.\*\**

*\*Національний медичний університет  
у м. Львові ім. Данила Галицького,  
\*\*Львівський державний інститут фізичної  
культури, Львів, 79000, вул. Пекарська, 61,  
тел. 597-235, romaivanova-mail@rambler.ru*

**Мета.** Покращення результатів лікування хворих з тяжкою ХСМТ. Обстежено за шкалами COVS та FIM 40 хворих з тяжкою ХСМТ, які перебували на стаціонарному лікуванні в II нейрохірургії КМКЛШМД м. Львова в 2002—2005 роках із нижньою параплегією (Frankel A) внаслідок переломів хребців від ThIII до LV. Всі обстежені були розділені на 2 групи по 20 хворих: контрольна, в якій заняття проводились за методикою лікувальної фізичної культури, та основну, де використовувалась експериментальна методика фізичної реабілітації. Тестування проводилось при поступленні пацієнта (перше тестування), через 2 тижні (друге тестування) та через місяць після травми або перед випискою (третє тестування). Проведено статистичну обробку отриманих даних за Стьюдентом.

**Результати.** При першому тестуванні показників соціально-побутових навичок за шкалою COVS та FIM у пацієнтів з нижньою параплегією статистичної різниці між контрольною та основною групами при виконанні усіх завдань виявлено не було. При другому, а, особливо, при третьому тестуванні ми спостерігали достовірну різницю у результатах між пацієнтами контрольної та основної груп. При третьому тестуванні за шкалою COVS загальний показник по усіх завданнях у пацієнтів контрольної групи збільшився і становив  $31,4 \pm 1,24$  бала в той час як загальний сумарний бал пацієнтів основної групи після третього тестування за шкалою COVS склав  $53,0 \pm 1,13$  бала, що вірогідно ( $P < 0,05$ ) відрізняється від показників норми. Третє тестування за шкалою FIM показало, що сумарні показники пацієнтів контрольної групи склали  $67,1 \pm 2,02$  бала, пацієнтів основної групи —  $101,4 \pm 1,76$  бала.

**Висновки:** Отримані дані свідчать про перевагу раннього впровадження експериментальної методики фізичної реабілітації для осіб з нижньою параплегією, спричиненою тяжкою ХСМТ.