

минимально инвазивная хирургия — закрытое наружное дренирование. Краниотомия в хирургии ХСГ необходима лишь при кальцификации и организации хронических гематом (1%). При ХСГ малого объема, не вызывающих выраженной дислокации срединных структур и неврологического дефицита, допустимо консервативное лечение (10%). Хорошее восстановление было достигнуто в 84,5%, умеренная инвалидизация — 12,2%, грубая инвалидизация — 2,1%, летальность составила 1,2%. Грубая и умеренная инвалидизация обычно были обусловлены возрастными и преморбидными факторами, в частности, тяжелыми последствиями перенесенной черепно-мозговой травмы. При изучении катамнеза рецидивов ХСГ не обнаружено. Возвращение к труду, учебе, либо к привычной домашней деятельности отмечены у 89,8% обследованных (90—100 баллов по шкале Карновского).

**Заключение.** При выборе адекватного лечения ХСГ обычно удается достичь хорошего качества жизни пациентов. Инвалидизация (у 10,2%) при полной резорбции ХСГ, как правило, обусловлена последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы или другой патологии, а также возрастной инволюцией.

### Качество жизни в отдаленном периоде травматических повреждений структур задней черепной ямки (ЗЧЯ)

*Мирзабаев М. Ж., Муминов З. В.*

*Республиканский научный центр  
нейрохирургии, Республика Узбекистан,  
г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5,  
тел.: 134-10-83, kariev@bcc.com.uz.*

**Цель исследования.** Оценка результатов лечения больных с травматическими повреждениями структур ЗЧЯ в аспекте оценки качества жизни в отдаленном периоде травмы.

**Материал и методы.** Изучены результаты лечения травматических повреждений структур ЗЧЯ в отдаленном периоде у 28 больных, находившихся на стационарном лечении в РНЦНХ с 2000 по 2004 гг. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от метода лечения. I группа — 12 больных с травматическими оболочечными гематомами малого объема (от 5 до 10 см<sup>3</sup>) субтенториальной локализации подострого течения, пролеченные консервативно. Оперативное вмешательство этим больным не было произведено из-за удовлетворительного общего состояния и минимальной неврологической симптоматики в виде умеренных головных болей и умеренных менингеальных знаков. II группа — 16 больных с аналогичными гематомами, пролеченные хирургическим путем. Проведена оценка качества жизни этих пациентов в сроки 3—6 месяцев после травмы на основе шкалы Карновского.

**Результаты и обсуждение.** У 8 больных I группы в сроки 3—6 месяцев после травмы диагностирован базальный арахноидит со снижением остроты зрения. Помимо этого у этих пациентов выявлялись мозжечковые симптомы в виде нарушения координации различной степени выраженности. По шкале Карновского уровень качества жизни у 6 из них соответствовало 60%, у 2 — 70%. У 1 больного наблюдались генерализованные приступы судорог тонико-клонического характера с утратой сознания,

уровень качества жизни у этого пациента соответствовало 80%. Во II группе в 4 случаях выявлена атрофия коры головного мозга и мозжечка, которые проявлялись мозжечковой симптоматикой в виде нарушения координации, атаксии, снижения памяти и внимания, умственной работоспособности. Уровень качества жизни у 3 этих пациентов соответствовало 80%, у 1 больного — 90%. У остальных 12 больных II группы значительных неврологических проявлений последствий травмы не было выявлено.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что при выборе метода лечения гематом малого объема задней черепной ямки целесообразным является хирургическое вмешательство.

### К вопросу о качестве жизни пациентов с подострыми и хроническими субдуральными гематомами и методам удаления гематом

*Новик Ю. Е., Зорин Н. А., Мосийчук Н. М.*

*Днепропетровская областная клиническая  
больница им. И. И. Мечникова,  
Украина, 49005, Днепропетровск,  
Октябрьская пл. 14, ОБМ,  
тел. (056) 713-50-85, Novik\_Yu@ukr.net.ua,  
Novik\_Yu@mail.ru*

**Материалы и методы.** С января 2001 по январь 2006, в нашей клинике по поводу подострых и хронических субдуральных гематом оперировано 169 пациента. Из трех применяемых методов, методом А (черезкожно — пункционным закрытым наружным дренированием полости гематомы) оперировано 85 (50,2%) пациентов, В — 73 (43,1%) пациента (удаление гематомы через стандартное фрезевое отверстие). Методом С — 11(6,5%) пациентов (с трепанацией черепа корончатой фрезой (20 мм Д). Из всех трех групп, у 31 пациента в послеоперационном периоде визуализировалась остаточная полость гематомы с содержанием, по объему не превышающей 25% — 30% исходного. Ранняя оценка результатов лечения, к концу 3-х послеоперационных суток, производилась по оценочной шкале ком Глазго (Glasgo Coma Scale), данным ЭЭГ, КТ, МРТ и офтальмоскопии. А отсроченная, через 1 и 3 года, по шкале последствий Глазго (Glasgo Outcome Scale), данным ЭЭГ, КТ, МРТ, офтальмоскопии и оценке косметического дефекта на голове.

**Результаты и их обсуждение.** При ранней оценке результатов лечения по методу А и В в 96,3% случаев отмечалось клиническое улучшение состояния соответствующее 15 баллам (GCS). В группе С (4 пациента — 36,36%), соответствующих по (GCS) 14—15 баллам, удерживалась головная боль и неприятные ощущения перемещения воздуха в полости черепа. На фоне регресса неврологического дефицита отмечались более грубые изменения на ЭЭГ и КТ (МРТ) картины остаточных объемов гематомы до 30% исходного, с явлениями пневмоцефалии. Одного пациента из последней группы (13—14 баллов GCS) пришлось реоперировать, однако, клиническая картина, данные ЭЭГ, КТ, МРТ от этого не изменились даже на 10 сутки. Через 1 и 3 года, во всех группах пациентов отсутствовали КТ (МРТ) признаки остатков гематом, по Glasgo Outcome Scale у всех отмечалось хорошее восстановление. В группе