

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

С — в 100% случаев отмечались более частые болевые и другие ощущения в зоне операции, фокальные ЭЭГ изменения со стороны трепанаций, с очагом эпиактивности в 1-м случае (25%), более выраженные субатрофические изменения мозга, в 25% случаев по АКТ отмечено нежелательное смещение костного трансплантата в полость черепа. Косметический дефект в виде рубца, как негативное последствие операции отмечен самими пациентами.

**Выводы.** Субтотальное удаление подострых и хронических СД гематом, с остаточным объемом их содержимого до 30%, может считаться удовлетворительным результатом, не требует дальнейших хирургических действий и не ухудшает прогноз в отношении качества жизни. Качество же жизни пациентов в послеоперационном периоде по субъективным и объективным критериям оценки лучше обеспечено при миниинвазивной хирургической методике В и особенно А.

### О результатах лечения хронических субдуральных гематом (ХСГ)

*Ольхов В.М., Кириченко В.В.,  
Горбатюк К.И., Чирка Ю.Л.,  
Венцовский Л.О., Венцовский И.Л.,  
Долгополова Р.А., Обертинский В.А.,  
Ольхова И.В.*

*Винницкая областная психоневрологическая  
больница им. акад. О.И. Ющенко,  
21005, г. Винница, ул. Пирогова, 109;  
нейрохирургическое отделение,  
тел. (80432) 321580,  
e-mail: gorbatyukkostya@mail.ru*

**Цель.** Определить качество жизни пациентов у лиц разного возраста с ХСГ.

**Материалы и методы.** Проведён анализ историй болезни и результатов лечения 25 больных с ХСГ, находившихся на лечении в областном нейрохирургическом отделении в 2006 году.

**Результаты и их обсуждение.** Это составило 3% от всех больных, лечившихся в стационаре за это время, 28% от пострадавших с ЧМТ, и 68% от всех больных с СГ. Средний возраст больных с ХСГ — 56 лет. Самому молодому пациенту было 39 лет, самому старому — 86.

В 6 раз ХСГ чаще отмечены у мужчин, при равной локализации над тем или иным полушарием головного мозга. В 6% наблюдений они располагались с двух сторон.

Причиной возникновения ХСГ в 70% была легкая ЧМТ, в 18% средней степени тяжести. Отсутствие указаний на ЧМТ отмечено в 12%. У 58% больных ЧМТ получена в состоянии алкогольного опьянения. Светлый промежуток колебался от 3,5 недель до 12 месяцев.

Решающим методом диагностики были МРТ, СКТ.

28% больных поступило в компенсированном состоянии, 69% в субкомпенсированном, 3% в стадии умеренной декомпенсации.

Показаниями к операции являлись нарастающие расстройства сознания, психики неврологических симптомов, гемодинамических изменений.

В 12% наблюдений наступило самоизлечение ХСГ. Из оперированных больных в 96% ХСГ удалялись через одно фрезевое отверстие с закрытым наружным дренированием, у остальных через два. Объем ХСГ колебался от 70 до 250 мл. По ходу операции у каждого 4-го больного возникала необходимость в проведении люмбальной пункции с инсуффляцией воздуха. Контроль расправления мозга осуществляется визуально, КТ. Результаты операции оценены через 4-6мес. по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale):

Хорошее восстановление — 91%

Умеренная инвалидизация — 9%

**Выводы.** 1. Качество жизни пациентов с ХСГ у лиц различных возрастных групп зависит от адекватно выработанной тактики лечения.

2. Не всегда наличие ХСГ является показанием к операции.

3. Оптимальным методом хирургического лечения ХСГ, независимо от возраста является их удаление через одно фрезевое отверстие с последующим закрытым наружным дренированием.

### Оценка качества жизни больных после тяжелых черепно-лицевых повреждений

*Панченко В.Н., Деркач В.Н.*

*Киевская областная клиническая больница,  
04107, Киев, ул. Баггоутовская, 1,  
тел. (044) 483-13-95.*

**Цель.** Определить критерии качества жизни больных после перенесенных черепно-лицевых травм, степени повреждения и восстановления неврологического статуса, состояние функции органов и тканей лица, что даст возможность конкретизировать как объем повреждения, так и качество выздоровления больных данной категории.

**Материалы и методы.** Нами проведен анализ результатов лечения больных с травматическими повреждениями челюстно-лицевой области (ЧЧЛО), где помимо других повреждений костей лицевого скелета присутствовал перелом верхней челюсти по среднему (ЛеФор II) и верхнему (ЛеФор I) уровням, когда щель перелома распространяется на переднечерепную или среднечерепную ямы и, когда зоной повреждения задействованы: основание головного мозга, органы зрения, осязания, слуха. Проанализированы истории болезни 140 больных, пролеченных в Центре челюстно-лицевой хирургии. Повреждения ЧЧЛО верифицированы рентгенографически и с помощью компьютерной томографии. Лечение пострадавших проводилось как по общепринятым методикам, так и с применением «Компрессионно-дистракционного аппарата для лечения переломов костей лицевого скелета» (КДАП). Для оценки качества жизни после перенесенной травмы использовали шкалу осложнений Глазго (Glasgow Outcome Scale), что в Украине определяется степенью инвалидности — I, II, III группы согласно принятых МСЭК критериев.

**Результаты и их обсуждение.** Все больные было разделены на две группы. Первая группа (15 человек) — контрольная, лечение проводилось по принятым методикам. После проведенного лечения у пострадавших наблюдалось: снижение остроты зре-