

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-