

ния — у 4 больных, нарушение болевой и тактильной чувствительности подглазничной области и верхней губы — у 3, малые эпилептические припадки — у 1, нарушение осязания — у 1, что придерживаясь шкалы осложнений Глазго можно характеризовать как инвалидность II группы. Вторая группа составила 135 человек, которым устранение травматических повреждений проводилось с помощью КДАП. Эта группа больных возвратилась к привычному способу жизни (по шкале осложнений Глазго пункт 3 — хорошее восстановление).

Выводы. 1. Использование КДАП для устранения повреждений костей лицевого черепа оказывает неопределимую помощь при лечении переломов костей лицевого черепа.

2. Использование шкалы осложнений Глазго при оценке состояния пострадавших в посттравматическом периоде помогает четко и конкретно оценить самочувствие больного и вынести объективное решение об эффективности проведенного лечения как относительно неврологического статуса, так и челюстно-лицевой области. Что имеет большее значение при вынесении экспертного решения, особенно в страховой медицине.

Методичні підходи до оцінки якості лікування при черепно-мозковій травмі

Педаченко Є. Г.

*Інститут нейрохірургії АМН України,
Інститут нейрохірургії імені
акад. А. П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського 32,
тел. (044) 486-46-08, pedachenko@mail.ru*

Якість лікування хворих, що перенесли черепно-мозкову травму (ЧМТ), оцінюється за: 1) якістю надання медичної допомоги в відповідному нейрохірургічному відділенні і за 2) якістю життя хворих, що перенесли ЧМТ.

Якість надання медичної допомоги оцінюють за відповідністю стандартам і протоколам надання медичної допомоги, а також за показниками летальності при тяжкій черепно-мозковій травмі.

Стандарти і клінічні протоколи лікування періодично переглядають відповідно до досягнень науки і практики охорони здоров'я, з урахуванням пропозицій фахівців.

Світовою практикою визначені (Teasdale, 1995) середньостатистичні показники летальності при тяжких черепно-мозкових пошкодженнях в залежності від стану хворих за Шкалою ком Глазго. Так, при ШКГ=15 балам летальність не повинна перевищувати 1%, 13—14 балів — 3—5%, 9—12 балів — 9%, 3—8 балів — 35—40%.

Визначають також показники летальності в залежності від нозології тяжкої ЧМТ (вогнищеві забої головного мозку, дифузне аксональне пошкодження, епідуральні, субдуральні, внутрішньомозкові, множинні внутрішньочерепні гематоми, тощо) з урахуванням локалізації ушкодження, стану хворого, віку хворих, преморбідного стану, строків втручання після отриманої травми, тощо

Якість життя хворих, що перенесли ЧМТ, визначається за Шкалою наслідків Глазго (вегетативний стан, глибока інвалідизація, помірна інвалідизація, хороше відновлення).

В Україні якість життя хворих визначається ступенем інвалідизації — I, II, III група інвалідності за прийнятими МСЕК критеріями.

Втрата працездатності (інвалідизація) може бути стійкою чи тимчасовою.

Оценка качества жизни оперированных больных с травматическими оболочечными гематомами

*Семисалов С. Я., Качанов В. А.,
Качанова Е. В.*

*Донецкий государственный медицинский
университет им. М. Горького,
г. Донецк, 83110, а/я 1412,
тел. 307-81-35;
e-mail: serg1948@yandex. ru*

Цель. Выявить эффективность оперативного лечения травматических оболочечных гематом головного мозга по качеству жизни пострадавших.

Материал и методы. Изучено 766 наблюдений с травматическими оболочечными гематомами (ТОГ) головного мозга. Из них в 551 случае (71,9%) были субдуральные гематомы, в 215 (28,1%) — эпидуральные. У всех больных гематомы удалялись хирургическим методом. Полученная информация вводилась в специальную информационную медицинскую систему «Медик-ЧМТ» и в последующем анализировалась и подвергалась статистической обработке.

Результаты и обсуждение. При оценке качества жизни в соответствии со шкалой исходов Глазго (ШИГ) выявлено, что у пострадавших, оперированных по поводу субдуральных гематом чаще всего отмечалась умеренная инвалидизация (84,6%), реже (10,5%) — тяжелая инвалидизация и только в 4,9% имело место хорошее восстановление и больные приступили к труду. В группе оперированных по поводу эпидуральных гематом умеренная инвалидизация выявлена в 86,5%, тяжелая инвалидизация — в 6,1%, а хорошее восстановление (больные приступили к труду) — в 7,4%.

Выводы. Оценка качества жизни больных, оперированных по поводу ТОГ должна проводиться комплексно, включая и ШИГ. При этом исходы оперативного лечения эпидуральных гематом были несколько лучше, чем субдуральных. Это во многом объясняется более выраженными травматическими изменениями мозга при возникновении субдуральных гематом, чем эпидуральных. Изучение качества жизни больных, оперированных по поводу ТОГ головного мозга позволяет более объективно оценивать эффективность проведенного лечения и находить направления повышения качества оказываемой помощи пострадавшим.