

Анализ качества жизни больных с посттравматическими костными дефектами черепа после краниопластики корундовыми и титановыми имплантатами

*Сипитый В.И., Пятикоп В.А.,
Печерский Б.В., Гунько Б.В.,
Воробйов В.В., Бабалян Ю.А.*

*Харьковский государственный медицинский университет, кафедра нейрохирургии
61033, г. Харьков, пр. Правды, д. 13.,
тел. 705-67-27, e-mail: babalyan_y@rambler.ru*

Цель. Изучить качество жизни больных с посттравматическими дефектами черепа после краниопластики корундовыми имплантатами в ближайшем и отдаленном периодах.

Материалы и методы. В нейрохирургической клинике Харьковского государственного медицинского университета с 1995 года по 2007 год 312 больным выполнена краниопластика посттравматических костных дефектов: в 289 (92,6%) случаях — корундовыми имплантатами, в 23 (7,4%) — титановыми имплантатами. По локализации выделяли костные дефекты: лобной — 49 (15,8%), лобно-глазничной области — 23 (7,4%), височной — 73 (23,4%), теменной — 32 (10,2%), затылочной области — 29 (9,3%), обширные дефекты с вовлечением двух и более областей встречались в 106 (33,9%) случаях.

Больным проводилось комплексное обследование, включавшее в себя: клинический осмотр, ЭЭГ, краниография, пошаговая компьютерная рентгеновская томография с использованием компьютерного томографа СТ МАХ фирмы «Дженерал Электрик», СКТ с построением высококачественных 3D реконструкций.

Ближайшие результаты оценивались по данным клинико-инструментального обследования при выписке пациента из нейрохирургического стационара. Отдаленные результаты являлись отражением специального изучения катамнеза на глубину до 12 месяцев.

Оценка качества жизни производилась с помощью опросника «Удовлетворенность жизнью-11» (по A.R. Fugl-Meyer и соавт., 2002) в дооперационном периоде, при выписке и контрольных осмотрах в сроки 3, 12 мес.

Результаты и их обсуждение. При контрольном осмотре при выписке, через 3, 12 месяцев после краниопластики костных дефектов черепа в 306 (97,9%) случаях имплантат был стабилен, без признаков миграции по данным краниографии, КТ. В 6 (2,1%) случаях произведено удаление корундовых имплантатов в сроки 3 месяца после операции в связи с трофическими нарушениями.

Оценка «Удовлетворенность жизнью-11» (max=666.) у пациентов, согласно опроснику, составляла в дооперационном периоде, в среднем, — 47,36., повышаясь к моменту выписки до 51,26., и достигая через 3 мес. — 56,86., через 12 мес. показателя — 57,26.

Выводы. Краниопластика корундовыми и титановыми имплантатами позволяет повысить качество жизни больных с посттравматическими костными дефектами черепа.

Зависимость качества жизни от стандартов лечения больных с переломом височной кости в остром периоде черепно-мозговой травмы с неврологическим дефицитом.

Скобская О.Е., Жданова В.Н.

*Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 483-95-73, skobska@gala.net*

Нарушение функции черепных нервов предверно-улиткового, лицевого, реже отводящего, тройничного и глазодвигательного являются одними из основных симптомов перелома основания черепа средней черепной ямы (височной кости) в остром периоде черепно-мозговой травмы. Полноценное восстановление функций черепных нервов имеет не только клиническое, но и социальное значение, влияющее на качество жизни пациента.

Цель работы: уточнить стандарты лечения больных с переломом основания средней черепной ямы в острый период ЧМТ, осложненный дисфункцией предверно-улиткового и лицевого нервов.

Материалы и методы: Клиническим материалом исследований послужили результаты обследования 109 пациентов с переломом височной кости в остром периоде ЧМТ. Возраст больных колебался от 17 до 50 лет. Диагноз во всех случаях был верифицирован на основании анамнестических данных, жалоб пациентов, клинических данных, оценке отоскопических данных, использовании отомикроскопии, исследовании слуховой и вестибулярной функций, электронейромиографического исследования, комплекса рентгенологических (краниография, АКТ и МРТ) методик.

Выявлено снижение слуха у 106 (97,2%) больных, нейросенсорного и комбинированного характера на стороне поражения, часто наблюдалось снижение слуха на противоположной стороне по нейросенсорному типу, в основном на высоких тонах, в 2-х наблюдениях — практически глухота односторонняя. Дисфункция лицевого нерва на одноименной стороне поражения выявлена у 37 больных (34%). Оценка функции лицевого нерва проводилась по шкале House — Brackman, больные распределились следующим образом III — IV — 34%; V — 2 больных. Наш опыт показывает, что реабилитационная терапия у пациентов с V степенью нарушений безперспективна, им показано хирургическое лечение.

Лечебная тактика носила комплексный характер. Проводилась антибактериальная, дегидратационная, общеукрепляющая и симптоматическая терапия. Комплекс местной терапии, включал использование терапевтического гелий-неонового лазера в сочетании с методом эндаурального фонофореза или электрофореза лекарственных веществ, ультразвуковой терапии с последующей нейромышечной электростимуляцией, а также комплекс лечебной физкультуры. Продолжительность курса лечения 2—3 недели.

Результаты: В результате проводимого лечения, практически во всех случаях, был получен хороший анатомический и функциональный результат. Перфорации барабанной перепонки (дефект костнохрящевое кольцо) зарубцевались, что сопровождалось объективно — восстановлением слуховой функции (аудиологический контроль слуха в ди-