

наміке на протязенні перебування в стаціонаре) і суб'єктивно — уменьшенням шуму.

Динамика восстановления функции лицевого нерва носила позитивный характер. Согласно инструменту оценки, шкале House — Brackman, после I курса лечения, пациенты распределились следующим образом: II — 13,5%, III—IV — 24,3%. В дальнейшем пациентам был рекомендован повторный курс лечения.

Выводы: Лечение больных в остром периоде ЧМТ с переломом основания черепа средней черепной ямы, осложненный синдромом неврологического дефицита должно носить целенаправленный комплексный характер, на ранних этапах с подключением восстановительной терапии. Разработка и практическое внедрение стандартов лечения пациентов с данной патологией поможет предотвратить инвалидизацию больных, улучшить адаптационные возможности и способность к социальной интеграции, тем самым существенно повысить качество их жизни.

Качество жизни у лиц пожилого возраста при сочетанной черепно-мозговой травме

Умирсеригов Б. У., Мирзабаев М. Д.

*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 сочетанной черепно-мозговой травмы (СЧМТ) у лиц пожилого возраста в аспекте оценки качества жизни в отдаленном периоде.

Материал и методы. Изучены результаты лечения СЧМТ с переломами трубчатых костей в отдаленном периоде у 34 больных, находившихся на стационарном лечении в РНЦНХ с 2002 г. по 2006 г. Больные разделены на 2 группы в зависимости от методов лечения: 1 группа — 16 больных оперированных по поводу переломов трубчатых костей, 2 группа — 18 больных с консервативным лечением перелом трубчатых костей. Проведена оценка качества жизни этих пациентов в сроки 3-6 месяцев после травмы.

Результаты и обсуждения. У 16 оперированных больных — наблюдалась быстрая активизация, восстановление сердечно-сосудистой и дыхательной систем, хорошая консолидация костных отломков и скорейшее восстановление опорно-двигательного аппарата. Раннее оперативное вмешательство на опорно-двигательном аппарате позволило активизировать больных уже на 2—3 сутки после операции. Отмечался также более быстрый регресс неврологической симптоматики. Сроки стационарного лечения сократились до 12—14 суток. Ранее возвращение в круг семьи привело к более ранней адаптации больных к новым условиям, даже с иммобилизированной конечностью.

У 18 больных находящихся на скелетном вытяжении с последующей иммобилизацией конечности отмечалось медленное восстановление и активизация, при этом страдал не только соматический статус. Длительное нахождение в стационаре у 7 больных проявлялись в виде психоза, у 11 больных развился депрессивный синдром. При этом постельный режим при переломе нижних конечностей обуславливал

не только медицинские затраты, но и материальные затраты родственников. Последнее несомненно сказывалось на эмоциональных межродственных отношениях.

Таким образом, проведенный анализ показывает, что при выборе метода лечения у больных с СЧМТ целесообразным является раннее хирургическое вмешательство. Ранняя активизация больного и возвращение в привычный круг семьи, несомненно улучшают качество жизни пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой.

Деякі критерії якості життя хворих з травмами носа в поєднанні з нейротравмою

Шкоба Я. В., Абизов Р. А., Держач В. М.

*Київська обласна клінічна лікарня, 04107, Київ,
вул. Багговутівська, 1, тел. (044) 483-13-95.
Київська медична академія післядипломної
освіти ім. П. Л. Шупика*

Мета. Вивчити доцільність внесення деяких доповнень до існуючих критеріїв якості життя хворих з травмами носа, в поєднанні з нейротравмою.

Своєчасність надання медичної допомоги постраждалим внаслідок нейротравми, відіграє важливу роль в подальшій реабілітації таких хворих та відновленні основних вітальних функцій.

В 30—45% випадках нейротравма супроводжується травмою ЛОР органів, і зокрема носа. Несвоєчасне надання ЛОР допомоги призводить до порушення функції дихання, що в подальшому погіршує якість життя. Важливим є вибір правильної та своєчасної тактики лікування травм носа.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано історії хвороби 894 хворих, що знаходилися на лікуванні в нейроотравматологічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні. У 599 (67,7%) хворих діагностовано нейротравму, а в 325 (54%) в поєднанні з травмою носа. З них у 127 (39%) діагностовано перелом кісток носа зі зміщенням (стан за шкалою Глазо в межах 9—13 балів), а у 198 без зміщення (8—12 балів). Практично у всіх постраждалих травма носа супроводжувалася носовою кровотечею того чи іншого ступеню.

Постраждалим надавали наступну ЛОР допомогу:

I. В залежності від інтенсивності носової кровотечі проводиться її зупинка.

II. Після зупинки носової кровотечі, проводили репозицію кісток носа.

Результати та їх обговорення. При незначній травмі та травмі середньої важкості, вважаємо за доцільне проведення репозиції кісток носа одночасно з наданням нейрохірургічної допомоги.

Проведення репозиції у хворих з важкою нейротравмою, повинно бути відстрочене на 5—7 днів, а у випадках дуже важкого стану хворого — до шести місяців і більше.

У хворих, яким своєчасно проведено репозицію кісток носа, повністю відновлювалося носове дихання та форма носа.

Висновки. Таким чином, вважаємо за доцільне, окрім прийнятих критеріїв оцінки якості життя хворих з поєднаною нейро- та ЛОР-травмою, враховувати такі критерії, як відновлення функції дихання та форми носа.