

# Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу нейротравми

## Клинический прогноз и трудовая адаптация в отдаленном периоде лечения травматических внутричерепных гематом

Берснев В. П., Иванова Н. Е.,  
Касумов Р. Д., Курбанзаде Р. К.

Российский научно-исследовательский  
нейрохирургический институт  
им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург,  
ул. Маяковского, 12, тел 273-81-67,  
Ivamel@yandex.ru

Проанализированы результаты лечения 197 больных с изолированными травматическими внутричерепными гематомами в остром и отдаленном периоде со сроками катмнеза от 1 до 22 лет. Большинство пациентов 78% — находилось в трудоспособном возрасте до 60 лет. Субдуральные гематомы были у 102 больных, эпидуральные — у 40, эпи-субдуральные — у 17, внутримозговые — у 21, субдуральная и внутримозговая — у 13, эпидуральная и внутримозговая — у 2 пациентов.

Для оценки качества социально-трудовой адаптации использовались два критерия: начало трудовой деятельности и качество трудовой активности в отдаленном периоде. 1 группа инвалидности устанавливалась при выраженных корково-очаговом и психопатологическом синдромах, 2 группа — при гипертензионно-гидроцефальном, эпилептическом, умеренно выраженным корково-очаговым и психопатическим синдромах, 3 группа — при незначительных проявлениях и сочетаниях корково-очагового, вегетативно-сосудистого, гипертензионно-гидроцефального, астенического и трепанированного черепа синдромов.

Восстановление трудоспособности больных зависело от тяжести полученной травмы, локализации, преморбидной личности, семейного положения, вредных привычек, сопутствующей соматической патологии, реабилитационного лечения.

К профессиональной деятельности на прежних условиях вернулись 45 (20,6%) пациентов, в облегченных условиях труда — 11.

Одним из основных факторов восстановления трудоспособности и снижения инвалидизации является раннее хирургическое лечение, своевременное устранение дислокации головного мозга. Улучшение результатов лечения больных с ЧМТ возможно лишь на основании раннего реабилитационного лечения и повторения курсов восстановительной терапии.

## Оценка исходов и качества жизни у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой

Боряк А. Л., Энглезли А. П.

(НИИ травматологии и ортопедии  
ДонГМУ им. М Горького, г. Донецк)

В настоящее время в структуре травматизма, вызванного различными техногенными факторами сочетанная ЧМТ составила по данным разных ав-

торов от 70 до 90%. По данным ВОЗ травма стоит на третьем месте среди причин летальности и на первом месте среди населения до 40 лет. Однако не менее важным является не только сохранение жизни больного, но и улучшение качества жизни.

Целью нашей работы явилось изучение исходов и качества жизни больных, перенесших различные виды сочетанной ЧМТ.

**Материал и методы.** Нами подвергнуты анализу 114 историй болезни и 89 амбулаторных карт пострадавших, у которых имело место сочетанное ЧМТ. Из всех случаев ЧМТ сочетались с повреждением позвоночника и спинного мозга 58,8% случаев, опорно-двигательного аппарата 12,8% случаев, органов грудной клетки 1,8%, органов брюшной полости 2,6%. По тяжести состояния все травмированные разделены на 4 группы: к первой группе отнесена вся тяжёлая ЧМТ и тяжёлая внечерепная травма (10,5%), ко второй тяжёлая ЧМТ с нетяжёлым внечерепным компонентом (4,4%), к третьей лёгкая ЧМТ и тяжёлые сочетанные повреждения (47,4%), к четвёртой лёгкая ЧМТ и нетяжёлая сочетанная травма (37,7%). Всем больным оказывалось комплексное медикаментозное и хирургическое лечение. Мы применяли шкалу исходов ЧМТ Глазго (шведскую версию) для оценки исходов и качества жизни наших больных. Сроки наблюдения составляли от 2 до 5 лет. Согласно данной шкалы определены следующие градации состояний у больных перенесших ЧМТ: А. Смерть, В. Вегетативное состояние, С. Тяжёлое нарушение жизнедеятельности, низкий уровень, D. Тяжёлое нарушение жизнедеятельности, более высокий уровень, E. умеренное нарушение жизнедеятельности, низкий уровень, F. Умеренное нарушение жизнедеятельности, более высокий уровень, G. Хорошее восстановление, низкий уровень, H. Хорошее восстановление, высокий уровень.

**Обсуждение результатов.** Согласно этой шкалы больные первой и особенно второй группы впоследствии трансформируются в состояние В, С. Тяжёлая ЧМТ в виде ушибов и сдавления головного мозга переходит либо в вегетативное состояние, либо в тяжёлое нарушение жизнедеятельности высокий уровень, так как тяжесть ЧМТ определяет стойкий неврологический дефицит. Больные группы 2 тяжёлый внечерепной компонент травмы, приводящий как правило к шоку и гипоксической энцефалопатии в остром периоде усиливает церебральный неврологический дефект в отдалённом периоде. Больные с краниоспинальной травмой, отнесённые нами к группе 2 также сохраняют грубый неврологический дефицит. Больные третьей группы в отдалённом периоде переходят в состояние E и F, так как тяжёлый внечерепной компонент привёл впоследствии к стойким неврологическим нарушениям (шок). Группа 4 наших больных трансформирована в состояние G, H вышеприведенной шкалы.

**Выводы:** 1. Тяжесть черепного компонента сочетанной ЧМТ определяет степень нарушения неврологических функций в отдалённом периоде.

2. Внечерепной компонент ухудшает нарушение церебральных функций в отдалённом периоде травмы из-за синдрома взаимного отягощения в остром периоде.