

**Результати та їх обговорення.** В контрольній групі отримані наступні результати: померло 8 хворих (40%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 7 хворих (35%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 5 хворих (25%). В основній групі померло 4 хворих (20%), вегетативний стан та тяжка інвалідизація спостерігалася у 5 хворих (25%), помірна інвалідизація та добре відновлення — у 11 хворих (55%).

**Висновки.** Застосування мультимодального фізіологічного моніторингу (в першу чергу ВЧТ, ЦПТ, газу крові) і проведення терапії, відповідно до існуючих протоколів, дозволяє досягти значного зменшення летальності і покращення функціональних виходів при лікуванні хворих з ТЧМТ.

### Вплив нейропротекторної інтенсивної терапії на якість життя хворих після тяжкої нейротравми

Клигуненко О. М., Дзяк Л. А., Зозуля О. О.

ДДМА (вул. Дзержинського, буд. 9, м. Дніпропетровськ, 49044; тел. 8056-713-53-08, E-mail: dzyak\_la@dsma.dp.ua)

**Мета.** Вивчити вплив різних варіантів нейропротекторної терапії на якість життя хворих через 2,5—3 роки після ТЧМТ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 65 хворих чоловічої статі, 22 — 55 років, рівень свідомості — не більш 7 балів за ШКГ, середня тривалість коматозного періоду  $8,5 \pm 1,7$  діб. За видом нейропротекторної інтенсивної терапії хворих було розподілено на 3 групи. I група (16 хворих) мала фармакометаболічний захист мозку комбінацією тіопенталу натрію та ГОМКу. В II групі (29 хворих) до вказаних препаратів з 3-ї доби додавали курс гіпербаричної оксигенації (ГБО). Хворим III групи (20 чоловік) вищезазначену терапію поєднували з перфтораном. У віддаленому періоді вивчали рівень соціально-трудової адаптації, неврологічний статус, ЕЕГ, мнестичні функції, працездатність.

**Результати.** У пацієнтів всіх груп виявлено астено-невротичний синдром. У I групі повна трудова адаптація відновилася у 50% обстежених, близько 30% мали II або III групу інвалідності. Розсіяна неврологічна симптоматика виявлена у 8 хворих, у 5 хворих — вогнищеві симптоми. На ЕЕГ — стертість регіонарних кордонів ритміки, зниження реактивності зі зменшенням амплітуди та регулярності  $\alpha$ -ритму. Короткотермінова пам'ять знижувалася на 39,9% при 100% збереженні зорової. Швидкість орієнтовно-пошукових рухів знижувалася на 47,3%, увага — на 8,6%, працездатність — більше ніж вдвічі. У II групі соціально-трудова адаптація відновилася у повному обсязі в 79%, III група інвалідності — у 21%. У 68% обстежених виявлено розсіяну неврологічну симптоматику, але вогнищеві симптоми приєднувалися до неї лише у 7,5%. На ЕЕГ виявлено ознаки дисфункції дієнцезально-стовбурових відділів. При цьому виявлено зниження короткострокової пам'яті на 14,5%, при 100% збереженні зорової, зменшення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 22,9%, уваги — на 7,4%, працездатності — на 1/3 від норми. Серед хворих III групи соціально-трудова адаптація повністю відновилася у 71% випадків, II та III групи інвалідності — у 29%. 71% обстежених мав розсіяну неврологічну симпто-

матику, до якої у 29% приєднувалася вогнищева. У половини обстежених на ЕЕГ виявлена стертість регіонарних кордонів. Виявлено зниження короткострокової пам'яті на 28,9%, при 100% збереженні зорової, вповільнення швидкості орієнтовно-пошукових рухів — на 16,9%, при повному відновленні уваги та зниженні працездатності всього на 15%.

**Висновки:** 1. Інтенсивна терапія гострого періоду ТЧМТ повинна включати нейропротекцію.

2. Для підвищення відповідності між потребою клітин головного мозку у кисні та його постачанням нейропротекція повинна зменшувати інтенсивність обмінних процесів у клітинах (наприклад, барбітурати), забезпечувати пряме збільшення постачання  $O_2$  (ГБО, перфторан) та захищати мембрану клітин від руйнівного впливу гіпоксії.

### Оценка качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей

Дядечко А. А.

Институт нейрохирургии  
им. акад. А. П. Ромоданова АМН Украины,  
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,  
(044) 486-46-08, neurotrauma@list.ru

**Целью** работы является определение критериев качества жизни больных с посттравматической назальной ликвореей в зависимости от времени ее выявления и проводимого лечения.

**Материалы и методы.** Анализировано 224 случая посттравматической назальной ликвореи. Катамнез составил от 1 до 3 лет. Качество жизни оценивалось по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale).

**Результаты и их обсуждение.** У всех больных истечение жидкости появилось в первые две недели после травмы, диагноз ликворея установлен в различные сроки с момента возникновения. В 164 случаях ликворея выявлена в первые дни после травмы, в 60 случаях — в сроки от 1 до 3 лет с момента возникновения.

В первой группе оперативное вмешательство проведено только в 5% случаев. У большинства больных с успехом использовалось консервативное лечение согласно разработанной в клинике схеме, а также по показаниям — длительное люмбальное дренирование. Воспалительные осложнения отмечались только у 2 из 164 больных.

По шкале исходов Глазго хорошее восстановление отмечалось в 50% случаев, умеренная инвалидизация — в 45%, грубая ивализация — в 5%.

Во второй группе хирургическое вмешательство потребовалось в 100% случаев, менингиты и менингоэнцефалиты возникли у 46 из 60 больных. В послеоперационном периоде всем больным устанавливали длительный люмбальный дренаж, больные получали консервативное лечение по схеме до 3 месяцев с рекомендацией соблюдать щадящий режим с исключением физических нагрузок до 3 лет. В большинстве случаев отмечалась грубая и умеренная инвалидизация. К прежней жизни вернулось 10% больных.

**Выводы.** 1. Отмечается прямая зависимость качества жизни пациентов с посттравматической назальной ликвореей от длительности заболевания