

**Трахеостомія як захід,
направлений на покращення
якості життя хворих
з нейрохірургічною патологією**

Шкоба Я.В., Абизов Р.А., Деркач В.М.

*Київська обласна клінічна лікарня,
04107, Київ, вул. Багговутівська, 1,
(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 нейрохірургічною патологією, яким проведено трахеостомію.

Матеріали та методи. Проведення планової трахеостомії хворим з нейрохірургічною патологією, може бути як терміновим, так і плановим. Якщо термінова трахеостомія направлена на невідкладне відновлення дихання хворого, то показами до проведення планової трахеостомії хворим з нейрохірургічною патологією є:

1. важка черепно-мозкова травма, лікування якої є довготривалим (стан за шкалою Глазго в межах 4—8 балів);
2. профілактика механічної асфіксії при непродихності дихальних шляхів;
3. бульбарні розлади;
4. травматичне пошкодження гортані та трахеї;
5. травма грудної клітини з переломами ребер;
6. необхідність санації дихальних шляхів;
7. необхідність забезпечення апаратного дихання в випадку недостатності, або відсутності спонтанного дихання.

Результати та їх обговорення. За період з 2003 по 2006 рік, проаналізовано 43 трахеостомії проведені в нейрохірургічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні. З них 18 жінки і 25 чоловіків. Вік хворих коливався від 12 до 78 років. Розподіл хворих за діагнозами був наступним: закрыта черепно-мозкова травма — 17, відкрита черепно-мозкова травма — 14, гостре порушення мозкового кровообігу — 2, політравма — 6, перелом шийного відділу хребта — 4.

Необхідно відмітити, що всім хворим попередньо була проведена інтубація. В 94% випадків проводилась нижня і в 67% середня трахеостомія.

У переважній більшості хворих трахеостомія проведена на 3—4 добу після інтубації.

Висновки. Таким чином, вважаємо, що до існуючих критеріїв оцінки якості життя хворих з нейрохірургічною патологією, слід додати критерії визначення функції дихальних шляхів та покази до своєчасності проведення трахеостомії.

**Ефективність різних методів
відновного лікування
хворих на цереброваскулярні
захворювання**

*Степаненко І.В., Попова І.Ю.,
Лихачова Т.А., Бондар Т.С.,
Степаненко Н.О., Попов А.О.*

*Державна установа «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України»,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32,
т. 483-82-19, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Вступ. Відомо, що цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) відносяться до хвороб адаптації, при яких відбувається розбалансування та дезінтеграція систем регуляції і формування регуляторної патології. Враховуючи це, при їх відновному лікуванні необхідно підвищувати компенсаторно-адаптаційні можливості і неспецифічну резистентність організму, що буде сприяти підвищенню його ефективності.

Мета. Провести порівняльний аналіз ефективності медикаментозних та немедикаментозних методів лікування хворих на ЦВЗ та їх вплив на якість життя пацієнтів.

Методи. Об'єкт дослідження — хворі на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕП) різної стадії. Оцінка клінічного стану пацієнтів проводилася за глибиною неврологічних порушень, об'єктивізувалась за допомогою 5-тибальної шкали та розробленого математично клінічного індексу тяжкості (Т). В динаміці лікування оцінювались загальні адаптаційні реакції (АР) Гаркаві, темпи функціонального відновлення з використанням математичних методів їх оцінки (λ), якість життя хворих (індекс активності — АІ, шкали Бартела та функціональної незалежності).

Результати. Проаналізовано результати лікування 182 хворих віком від 42 до 63 років. Чоловіків — 131, жінок — 51. З ДЕП I ст. — 41, II ст. — 105, III ст. — 36 пацієнтів. Медикаментозне лікування отримували 39, рекреаційну музичну резонансну терапію (рМРТ) — 47, нормобаричну переривчасту гіпоксію (НПГ) — 45, внутрішньовенне лазерне опромінення крові (ВЛОК) — 51 хворий.

Аналіз результатів показав, що внаслідок медикаментозного лікування покращення клінічного стану хворих супроводжувалось зростанням сприятливих адаптаційних реакцій РТ і РСА і зниженням РПА лише у частини хворих, зберігались реакції, притаманні ХС. Темп функціонального відновлення (λ) за динамікою клінічного індексу тяжкості (Т) дорівнював «0,01079», а за динамікою індексу Гаркаві «-0,0157». При цьому показники якості життя хворих покращувались — за індексом активності АІ — з 65 до 82 балів, за шкалою Бартела — з 75 до 85 балів, за шкалою функціональної незалежності — з 90 до 100.

Призначення в курс лікування немедикаментозних методів призводило до вірогідного зростання відсотка сприятливих АР за рахунок зростання РТ, РСА, зменшення відсотка зони нестійких АР, регресом реакцій, притаманних для ХС, в більшій мірі при НПГ і, особливо, ВЛОК. Темп функціонального відновлення за динамікою клінічного індексу тяжкості при лікуванні методом рМРТ становив «0,01099», методом НПГ — «0,01179», а методом ВЛОК — «0,03». Темп функціонального відновлення за