

снижение функции лицевого нерва с хорошим потенциалом восстановления в течение 1—12 месяцев. Несмотря на сохранение анатомической целостности лицевого нерва 13 больных (19,69%) отмечали стойкую его дисфункцию (3—4 ст. по шкале House-Brackmann).

Лицевой нерв был анатомически поврежден во время оперативного вмешательства в 8 случаях (10,81%). Снижение сохранение анатомической целостности лицевого нерва было отмечено в случаях кистозных опухолей данной локализации.

В целях снижения послеоперационной дисфункции лицевого нерва 21 больным (28,38%) была проведена хирургическая коррекция, заключающаяся в экстракраниальной реиннервации его ствола.

Функция лицевого нерва изучена у 15 больных (71,43%) после проведения хирургического восстановления его функции методом реиннервации. Первые признаки восстановления лицевого нерва появлялись спустя 4—6 месяцев после операции. Заметное улучшение мышечного тонуса и симметрии лица наступало спустя 12—14 месяцев.

Таким образом, применение хирургической коррекции при послеоперационной дисфункции и повреждении VII пары методом реиннервации, обеспечило раннее восстановление его функции у 13 (86,66%) из 15 больных и повысило качественно жизнь и социальную адаптацию больных с опухолью мосто-мозжечковой локализации.

Результаты хирургического лечения больных с менингиомами головного мозга с применением лазерного излучения

*Олешкевич Ф. В., Федулов А. С.,
Шамкалович А. В., Сакович И. И.,
Коновалов П. В.*

Белорусский государственный медицинский университет, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, пр. Дзержинского 83, 9-я городская клиническая больница г. Минска.

220116 Республика Беларусь, г. Минск, ул. Семашко 8. Тел.: +375172707295, +375296408664, e-mail: ashamcalovich@mail.ru

Цель работы. На основе клинического, инструментального исследований разработать комплексную систему лечения больных с менингиомами головного мозга с применением углекислотного и диодного лазеров.

Материалы и методы. С этой целью в клинике нейрохирургии БГМУ использовался углекислотный лазер с длиной волны 10,6 мкм, совмещенный с операционным микроскопом и диодный лазер со световолокном «ДИОЛАЗ-810» (длина волны 810 нм). Прооперировано 28 больных, с менингиомами различных локализаций (из них 6 конвексиальных, 11 менингиом основания черепа, 8 парасагитальных и 3 менингиомы задней черепной ямки). Средний возраст больных составил 50,5 лет. В процентном отношении преобладали женщины (82,2%). При удалении микрохирургическая лазерная техника использовалась на основных этапах вмешательства с учетом особенностей локализации опухоли и ее взаимоотношений со смежными анатомическими образованиями в тех случаях, когда лазерная методика представляет

преимущества перед общепринятыми методами с использованием традиционного инструментария. Двое больных с атипичными менингиомами прошли курс лучевой терапии.

Результаты и обсуждение. Отслежен катамнез больных, прооперированных с применением лазера. Общемозговая симптоматика отмечалась у 12,5% больных. Парезы в конечностях и судороги наблюдались у 8,7% больных. Зрительные нарушения сохраняются у 21,7% пациентов, в то же время, необходимо отметить, что у 80% из этого числа наблюдается положительная динамика после проведенной операции. В основном, это менингиомы селлярной области. Инвалидности нет у 39,2% пациентов, у 4,3% — 1 группа, у 21,7% — 2 группа, у 34,8% — 3 группа инвалидности. По шкале качества жизни Карновского средний уровень составил 91,6% (нижний 60%, верхний — 100%). Повторно был прооперирован 1 больной с менингосаркомой через 4 месяца после первой операции.

Вывод. Таким образом, по нашим наблюдениям использование углекислотного лазера позволяет увеличить радикальность удаления менингиом головного мозга, снизить травматичность хирургических манипуляций, предупредить интраоперационное кровотечение.

Результаты хирургического лечения больных с аденомами гипофиза с применением лазерного излучения

*Олешкевич Ф. В., Шамкалович А. В.,
Федулов А. С., Сакович И. И.,
Сельский М. С.*

Белорусский государственный медицинский университет, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, пр. Дзержинского 83, 9-я городская клиническая больница г. Минска, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Семашко 8, тел: +375172707295, +375296408664, e-mail ashamcalovich@mail.ru

Цель работы. Изучить возможности применения углекислотного лазера при удалении аденом гипофиза при различных доступах.

Материалы и методы. В клинике нейрохирургии БГМУ, вид доступа (субфронтальный или трансфеноидальный) определялся в зависимости от размеров аденомы гипофиза, характера и особенностей ее роста, нейроофтальмологических нарушений, а также данных рентгенографии турецкого седла. При значительном супраселлярном распространении опухоли ее удаляли из субфронтального доступа (17 проведенных операций). Из трансфеноидального доступа прооперировано 16 больных. Средний возраст составил 43,1 года. В процентном отношении мужчин было — 60,6% (23 пациента), женщин — 39,4% (13). При оперативных вмешательствах использовали углекислотный (длина волны $\lambda=10,6$ мкм) и диодный лазер ($\lambda=810$ нм). Лазерное излучение использовалось для создания окна в клиновидной пазухе при трансфеноидальном доступе, для вскрытия твердой мозговой оболочки и капсулы опухоли. Дополнительно оставшаяся часть капсулы облучалась дефокусированным лазерным лучом. Пятерым больным при трансфеноидальном доступе проведен курс фотодинамической терапии с фотосенсибилизатором

фотолон. 52,1% больных после операции прошли курс лучевой терапии.

Результаты и обсуждение. Отслежен катамнез больных, прооперированных с применением лазера с 1998 по 2007 годы. Гормональные нарушения отмечают 30,4% больных. Основными патологиями являются акромегалия, нарушение менструального цикла. Зрительные нарушения сохраняются у 55,6% пациентов, в то же время, необходимо отметить, что у 57,2% из этого числа наблюдается положительная динамика после проведенной операции. Жалобы на головную боль и головокружение предъявляли 13,1%. Инвалидности нет у 56,5% пациентов, у 26% — 2 группа инвалидности, у 17,5% — 3 группа. По шкале качества жизни Карновского средний уровень составил 92,5% (нижний 70%, верхний — 100%). Повторно был прооперирован 1 больной через 7 лет после первой операции.

Вывод. Таким образом, применение лазера обеспечивает оптимальные условия для удаления аденомы гипофиза в допустимых пределах, т. к. невидимый луч углекислотного лазера позволяет манипулировать в глубине раны при постоянном хорошем обзоре хиазмально-селлярной области. В то же время локальный характер воздействия лазерного луча, контролируемая точность его наведения, исключает возможность повреждения зрительных нервов, зрительного перекреста, супраклиноидного отдела сонной артерии и смежных участков мозга.

Электрофизиологический мониторинг как метод профилактики интраоперационных и послеоперационных осложнений в хирургии парасигитальных менингиом

Олюшин В.Е., Фадеева Т.Н., Улитин А.Ю., Чиркин В.Ю., Тастанбеков М.М.

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург; 191104, Маяковского 12, 8(812) 2729819, e-mail: safatovbob@mail.ru

В генезе возникновения или углубления неврологических нарушений в послеоперационном периоде при хирургическом лечении парасигитальных менингиом (ПМ) важную роль играют перестройки венозного кровообращения в зоне оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 198 пациентов ПМ, оперированных в РНХИ в период 1998—2006 гг.

Парасигитальное расположение опухоли с инвазией ВСС в средней или задней его трети являлось основанием к проведению на дооперационном этапе пробы с временным пережатием сосудов мягких тканей головы, которая проведена у 103 пациентов. У 49 из них проба оказалась положительной, что явилось основанием для проведения интраоперационного электрофизиологического мониторинга (ЭФМ), по результатам которого оперативное вмешательство у 23 пациентов разделено на два, а у 2 — на три этапа.

Результаты. В послеоперационном периоде оценивалась динамика неврологической симптоматики.

В группе пациентов, которым проводился до- и интраоперационный ЭФМ нарастание неврологической симптоматики (парезов) отмечалось у 21,2%, частичный или полный регресс — у 25,3%, без динамики — у 53,5% больных. В контрольной группе нарастание симптоматики отмечено у 38,6%, уменьшение — у 18,7% пациентов, без динамики — у 42,7% пациентов.

При сравнении группы пациентов, которым проводилось разделение оперативного вмешательства на несколько этапов по данным интраоперационного ЭФМ с больными, оперированными в один этап, нарастание очаговой симптоматики отмечалось реже — у 25,4% и 36,2% больных соответственно.

Таким образом, проведение до- и интраоперационного ЭФМ позволяет выработать адекватную тактику хирургического лечения и улучшить качество жизни пациентов.

Оценка состояния зрительных функций у пациентов, оперированных по поводу опухолей хиазмально-селлярной области в раннем послеоперационном периоде

Аникин С.А., Олюшин В.Е., Улитин А.Ю., Тастанбеков М.М.

Российский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, отделение нейроонкологии, Санкт-Петербург, 191104, ул. Маяковского 12. Тел.: (812) 2729819, E-mail: AnikinSA-med@mail.ru

Цель. Улучшение зрительных функций у пациентов, оперированных по поводу опухолей хиазмально-селлярной области.

Материалы и методы. Настоящее исследование включает в себя анализ 193 историй болезни, пациентов с опухолью хиазмально-селлярной области, находившихся на лечении в РНХИ им. проф. А.Л. Поленова с 2005 по 2007 г. Возраст пациентов составил от 18 до 69 лет. Пик заболеваемости пришелся на 45—55 лет. Преобладали женщины 63%. Больным проводилось полное клиническое, нейроофтальмологическое (исследование остроты зрения, полей зрения, офтальмоскопию) и нейрорентгенологическое исследование (МРТ/КТ головного мозга), осмотр ЛОР, эндокринолога, невролога.

Результаты и их обсуждение. Опухоли хиазмально-селлярной области: аденома гипофиза — 108 наблюдений (56%), краниофарингиома — 64 наблюдения (33%), менингиома (диафрагмы и бугорка турецкого седла, площадки клиновидной кости, ольфакторной ямки) — 21 наблюдение (11%).

Пациенты с начальным хиазмальным синдромом (снижение остроты зрения до 0,8 и начальными дефектами полей зрения) — 18%; пациенты с негрубым хиазмальным синдромом (снижение остроты зрения от 0,7 до 0,3 и темпоральное/битемпоральное сужение границ полей зрения) — 34%; грубый хиазмальный синдром (острота зрения от 0,2 до слепоты, поля