

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. е. 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 заболеваний 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

зрения битемпоральная гемианопсия в сочетании с сужением височных половин) — 48%.

Всем пациентам была выполнена краниотомия. В раннем послеоперационном периоде улучшение зрительных функций отмечено у 69% больных, без динамики зрительные функции остались у 23% больных, у 8% больных зрение ухудшилось. Худшие результаты были получены в группе пациентов с грубым хиазмальным синдромом.

Выводы. Восстановление зрительных функций после удаления опухоли лучше происходит у пациентов с начальным хиазмальным синдромом, ухудшение зрения связано со степенью поражения зрительного тракта и с трудностью удаления опухоли.

**Оценка качества жизни
онкологических пациентов
после малоинвазивного
криохирургического
вмешательства на аденогипофизе**

**Пыхтин А.В., Черненко В.Г.,
Мороз В.А.**

**Институт неврологии, психиатрии
и наркологии АМН Украины;
Национальный фармацевтический
университет МЗ Украины,
г. Харьков, 61068; ул. акад. Павлова, 46,
+38(057) 7382019; pykhtin@ic.kharkov.ua**

Цель. Целью работы была количественная оценка влияния криодеструкции аденогипофиза на показатели качества жизни больных онкологического профиля. Учитывая однотипность и малую травматичность операции, особое внимание обращали на динамику опухолевой интоксикации.

Материалы и методы. Группу исследования составили 26 пациентов после криодеструкции нормального аденогипофиза по поводу распространенных форм канцероматоза (рак молочной железы, почки, лёгкого и др.). Контролем были 20 больных с первичными микроаденомами аденогипофиза. Операции выполнялись стереотаксическим методом. До и после нее проводили комплексное обследование, включающее рентген-исследование костных структур и МРТ мозга, а также необходимые иммунологические и гормональные исследования. Качество жизни пациентов оценивали с помощью модифицированной шкалы UW-QOL. Оценивали процентную градацию 9-ранговой величины показателей для каждого пациента (болевые ощущения, активность, восстановительный потенциал, способность к контакту, секвестрация личности, сопоставление, аппетит и др.). Для учета динамики опухолевой интоксикации использована модифицированная под характер вмешательства методика нейропсихологической оценки. Все значения сравнивали с исходными и контрольной группой.

Результаты и их обсуждения. В группе исследования отмечен существенный рост UW-QOL за счет отличного (у 65,4% пациентов) и хорошего (23,1%) анальгетического эффекта операции. Кроме этого, наибольшее влияние на рост UW-QOL (в среднем, на 50—78%) имело увеличение аппетита и купирование дисфагии. Нейропсихологическая оценка выявила снижение опухолевой интоксикации более чем у 80% пациентов.

Выводы. Стереотаксическая криодеструкция аденогипофиза при распространенном канцероматозе существенно улучшает качество жизни онкобольных за счет анальгетического эффекта, снижения интоксикации и стабилизации онкопроцесса.

**Исследование корреляции
показателей качества жизни и уровня
поверхностного плазмонного резонанса
при использовании низкоинтенсивного
лазерного излучения у больных
с глиомами головного мозга**

**Розуменко В.Д.,* Хорошун А.П.,*
Гридина Н.Я.,* Ушенин Ю.В.****

***Институт нейрохирургии им. акад. А.П.
Ромоданова АМН Украины,
тел./факс: 483-92-19,
e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua
**Институт физики полупроводников
им. В.Е. Лашкарева НАН Украины,
тел. (+380) 44 5253123,
e-mail: ushyury@mail.ru**

Цель работы. Оценка эффективности влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ), применяемого для лечения двигательных нарушений у больных с глиомами головного мозга (ГГМ) различной степени злокачественности в раннем послеоперационном периоде, на показатели качества жизни (КЖ) с помощью поверхностного плазмонного резонанса (ППР) периферической крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты с ГГМ различной степени злокачественности. Лазерное воздействие проводили с 4-го дня после операции с применением НИЛИ с длиной волны 870 нм, длительностью импульса 150 нс, при мощности в импульсе до 8 Вт. Облучали корпоральные точки. Рецепты точек составляли соответственно клиническим признакам двигательного дефицита. Курс лечения состоял из 7-12 сеансов длительностью 10-12 минут.

Показатели ППР определяли с помощью прибора «Plasmon SPR 05», разработанного и изготовленного сотрудниками Института физики полупроводников НАНУ. Исследование проводили в динамике: в дооперационном периоде, после хирургического удаления опухоли и после курса лазерного воздействия.

Результаты. У пациентов с ГГМ II, II—III ст. зл. исходный уровень показателей ППР был выше, чем у пациентов с ГГМ III, III—IV, IV ст. зл. В результате курса НИЛИ наблюдалось снижение показателей ППР крови у пациентов с ГГМ II и II—III ст. зл., и повышение их у пациентов с ГГМ III, III—IV, IV ст. зл. НИЛИ обладает модифицирующим действием на мембраны клеток крови. При использовании НИЛИ у пациентов с ГГМ наблюдался регресс двигательных нарушений в более ранние сроки. Результаты лечения оценивались по разработанной нами шкале (Патент Украины № 43758А, 2001 г.), которая в более полном объеме позволяет оценить качество жизни больных с опухолями головного мозга и шкале Карновского.

Выводы. После проведения курса НИЛИ количество больных с индексом 70 баллов и выше по шкале Карновского увеличилось на 37,2%, а со «средним и высоким» уровнем КЖ по шкале социально-психологической адаптации увеличилось на