

Застосування сучасних технологій з метою покращення якості життя у хворих з гліальними пухлинами лобово-скроневої локалізації

**Тяглий С.В., Савченко Є.І.,
Розуменко В.Д., Комаров Б.Г.,
Полковников А.Ю.**

Гліальним пухлинам головного мозку притаманний інфільтративний ріст з розповсюдженням пухлинних клітин по периваскулярних просторах, провідникових шляхах мозку, базальних мембранах м'яких мозкових оболонок і їх судин. До 60% гліом мозку вражають функціонально важливі ділянки мозку і розповсюджуються в серединні утворення.

Хірургічне лікування гліом лобово-скроневої локалізації вимагає спеціальних підходів з використанням функціонально обґрунтованих хірургічних доступів, що враховують анатомічні особливості лобово-скроневої ділянки і топографію росту пухлини, а їх видалення повинно ґрунтуватися на застосуванні сучасних мініінвазивних хірургічних технологій (мікрохірургічних, лазерних, ультразвукових, кріогенних).

Застосування на етапі мікрохірургічного видалення пухлини лазерних технологій дозволяло проводити вапоризацію і коагуляцію пухлинної тканини безконтактним способом, що виключало механічну травматизацію суміжних мозкових структур, забезпечувало можливість максимального видалення ділянок пухлини, що розповсюджуються в зону медіанних утворень мозку (Патент України №43757 А). Кріогенні технології раціонально використовувати для деструкції не видалених фрагментів гліальної пухлини, що розташовані субкортикально в білій мозковій речовині лобової і скроневої часток мозку. Застосування методів ультразвукової аспірації оптимізує процес видалення гліоми в зоні проходження артеріальних судин і венозних колекторів, що дозволяє зберегти їх прохідність і знижує ризик виникнення порушення мозкового кровообігу в мозкових структурах як в зоні оперативного втручання, так і на віддаленні.

Ефективність розроблених методів хірургічних втручань, результати лікування визначали на підставі оцінки якості життя хворих за шкалою Карнавського і відповідно до запропонованого нами способу оцінки якості життя хворих з внутрішньомозковими пухлинами півкуль великого мозку (Патент Україна 43758 А). Порівняльний аналіз якості життя хворих з гліомами лобово-скроневої локалізації в динаміці проведення лікувальних заходів є достовірним показником результативності розроблених методів хірургічних втручань і підтверджує їх високу ефективність.

Качество жизни больных с метастазами опухолей в головной мозг после хирургического лечения

**Сафаров Б.И., Олюшин В.Е.,
Улитин А.Ю.**

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

Материалы и методы. Нами проведен анализ 73 случаев метастатического поражения головного мозга, оперированных в РНХИ в период 1993–2002гг. и прослежен катамнез на протяжении 5 ти и более лет

Мужчины составили 47%, женщины — 53%. Средний возраст больных был 48,6±2,1 года ($P<0,05$). На момент поступления средняя оценка по шкале Karnofsky составила 46 баллов. Первичными очагами являлись: рак легких — в 29.2%, меланома кожи — в 18.3%, рак молочной железы — в 12.6%, рак почки — в 11.6%, опухоли желудочно-кишечного тракта — в 7.8%, в 3.9% — опухоли другой локализации, неизвестно — в 7,6%. У 18 человек (25%) диагностировано два метастатических очага, у 4(5%) — более 2-х. У 51 больных (70%) опухолевые узлы располагались супратенториально.

В 22(30%) наблюдениях метастазы являлись синхронными, в 51(70%) — метакронными.

Во всех 73 наблюдениях выполнено хирургическое лечение. В случаях с множественными метастазами у 17 больных выполнена 2-х и более этапная резекция опухолевых узлов. Послеоперационная летальность составила 2,9%. Причиной смерти были осложнения связанные с прогрессированием первичного очага.

Результаты. Средняя продолжительность жизни после операции составила 11,8 мес. Рубежа однолетней выживаемости достигли 48,5% больных, пятилетней выживаемости — 10,8%.

Наибольшая пятилетняя выживаемость отмечена у больных с метастазами опухолей легких — 16,6%, наименьшая — у больных с метастатической меланомой — 0.

При синхронных и первично-множественных метастазах пятилетней выживаемости не достиг ни один больной, один год прожили, соответственно, 8,6% и 8,3% пациентов.

Лишь 10,4% умерших больных погибли в результате роста интракраниальных узлов (все больные — с множественными метастазами), у остальной части больных причиной смерти явились прогрессирование основного опухолевого узла и (или) метастазы в другие органы.

Качество жизни при выписке составляет, в среднем, 76 баллов (по шкале Karnofsky)

В послеоперационном периоде 33(46%) пациента смогли вернуться к выполняемой трудовой деятельности и сохраняли ее в среднем в течении 24.8 мес.