

Оцінка якості життя хворих після нейрохірургічного лікування з приводу пухлин головного мозку

Качество жизни больных с опухольями области III желудочка после нейрохирургических мешательств

Базунов М. В.,
Вербова Л. Н.

Институт нейрохирургии им. акад.
А. П. Ромоданова. АМН Украины.
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
тел. 483-96-14, child@neuro.kiev.ua

Цель: Изучить качество жизни больных с опухольями области III желудочка до и после нейрохирургических операций.

Материалы и методы: Динамика качества жизни больных изучена у 225 оперированных больных с опухольями области III желудочка с известным катамнезом (из 387 находившихся на лечении в Институте с 1993г. по 2006г.). Средний срок катанеза — 50 месяцев. Из 225 больных гистоструктура опухоли была определена в 140 наблюдениях: астроцитомы — 44, краниофарингиомы — 32, герминомы — 27, коллоидные кисты — 20, пинеаломы — 6, плексус-папилломы — 4, холестеатомы — 3, тератомы — 2, пинеобластома — 1, метастаз рака — 1. Оценка качества жизни больного производилась по шкале Карновского.

Результаты и их обсуждение: Качество жизни 225 больных при поступлении в Институт: 90 бал. — 25% набл., 80 бал. — 56% набл., 70 бал. — 13% набл., 60 бал. — 3,5% набл., 50 бал. — 1,3% набл., 40 бал. — 0,4% набл.; на момент выписки: 100 бал. — 7,4% набл., 90 бал. — 59% набл., 80 бал. — 30% набл., 70бал. — 1,7 набл., 60 бал. — 1,3% набл.; в отдаленный период: 100 бал. — 54% набл., 90 бал. — 24,6% набл., 80 бал. — 12% набл., 70 бал. — 1,2% набл., 60 бал. — 4,3% набл., 50 бал. — 1,7% набл.

Качество жизни больных в отдаленный период в зависимости от локализации опухоли: передние отделы III желудочка — 100 бал. — 51% набл., опухоли выполняющие III желудочек — 100 бал. — 42% набл., задние отделы III желудочка — 100 бал. — 62% набл.; от радикальности операции: после тотального удаления опухоли — 100 бал. — 48% набл., после субтотального удаления — 100 бал. — 29% набл., после частичного удаления — 100 бал. — 23% набл.; после ликворощунтирующих операций — 100 бал. — 28% набл. при локализации опухоли в передних отделах III желудочка — 6,4% набл., выполняющих полость — 4,5% набл., в задних отделах — 89% набл.; от гистоструктуры опухоли: коллоидные кисты — 100 бал. — 80% набл., герминомы — 100 бал. — 74% набл., пинеаломы — 100 бал. — 66% набл., астроцитомы — 100 бал. — 56% набл., краниофарингиомы — 100 бал. — 21% набл.

Выводы: 1. Качество жизни больше половины больных с опухольями области III желудочка

при поступлении составляло 80 бал. (56% набл.), при выписке оно увеличивалось до 90 бал. (59% набл.) и в отдаленном периоде наиболее часто оно составляло 100 бал. (54% набл.).

2. Качество жизни больных в 100 бал. в отдаленном периоде наиболее часто отмечалось при локализации опухоли в области задних отделов III желудочка (62% набл.), при тотальном удалении опухоли (48% набл.), а в зависимости от гистоструктуры новообразования — у больных с коллоидными кистами (80% набл.), герминомами (74% набл.), пинеаломами (66% набл.), астроцитомами (56% набл.).

Профилактика осложнений в хирургии невриноме вестибулокохлеарного нерва в результате применения нейрофизиологического интраоперационного мониторинга

Берснев В. П., Олюшин В. Е.,
Тасманбеков М. М., Фадеева Т. Н.,
Руслякова И. А., Чиркин В. Ю.

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

Введение. Хирургическое лечение невриноме вестибулокохлеарного нерва, несмотря на применение во время операции современной микрохирургической техники, сопряжено с высоким риском развития послеоперационных осложнений в результате развития дисфункций ствола мозга и черепных нервов. Снижение риска развития этих осложнений является насущной проблемой.

Материалы и методы. У 74 пациентов во время операции использован комплексный нейрофизиологический мониторинг, включавший регистрацию АД, ЧСС, ЭКГ, ФПГ, капнографии, ЭЭГ, вызванных акустических стволовых потенциалов (АСВП).

Результаты и их обсуждение. В результате анализа полученных данных, мы пришли к выводу, что при ухудшении функционального состояния в первую очередь появлялись характерные изменения на ЭЭГ и АСВП, вегетативные же реакции появлялись несколько позже. Изменения биопотенциалов мозга можно было разделить на 2 типа. Изменения 1 типа развивались быстро и кратковременной приостановки хирургических манипуляций и последующего изменения тактики и техники удаления опухоли было достаточно для стабилизации состояния больных. Изменения 2 типа развивались гораздо медленнее и носили более стойкий характер. Это требовало, как правило, полной остановки вмешательства и проведения во время и после операции комплекса мероприятий для нейровегетативной стабилизации. Для проведения нейровегетативной стабилизации были использованы препараты

направленного рецепторного действия, а также продленная искусственная вентиляция легких. Анализ послеоперационного неврологического статуса выявил, то что при наличии изменений 1 типа неврологических нарушений после операции не было, при реакциях 2 типа у 75% пациентов такие нарушения были.

Выводы. Таким образом, использование постоянного интраоперационного нейрофизиологического мониторинга позволяет вовремя, еще до возникновения вегетативных реакций, произвести коррекцию хирургической тактики и тем самым уменьшить неврологические расстройства после операции.

Метастатические поражения головного мозга

Близнюкова Е. Г.

*Белорусский государственный медицинский
университет, студентка 524 группы
лечебного факультета,
г. Минск,
пр. Держинского, 83, 220000,
тел. +375297617986,
e-mail kotishka0705@mail.ru.*

Цель исследования: изучить особенности развития и клинического течения метастатического поражения ГМ для улучшения возможности раннего выявления и результатов лечения этой патологии у онкобольных.

Материалы и методы: анализ пролеченных больных (83 истории болезни) с данной патологией в 9 ГКБ г. Минска за период 2001-2006 по данным историй болезни и катamnестического наблюдения (изучение катamnеза 47 больных).

Результаты и выводы: церебральные метастазы поражают население трудоспособного возраста (45-55 лет), чаще болеют женщины; самыми частыми источниками метастазов ГМ являются рак легкого-33,7%, меланома-24,1%; четвертая часть больных остается без выявления первичной опухоли, поэтому необходим более тщательный онкопоиск у этих больных; соотношение одиночных и множественных метастазов 9:1, одиночные характерны для рака почки и опухолей ЖКТ, а множественные — для меланомы, рака легкого и молочной железы. Изучение катamnеза 47 больных показало, что на данный момент умерло 34 пациента (74%), живы 13 (28%). Рецидивы возникли у 9 (10,8%) из 83 пациентов, причем безрецидивный период составил от 3 до 9 месяцев. Летальный исход наступил в диапазоне от 3 до 392 дней после операции. Качество выживших больных по шкале Карновского составляет от 50 до 90 баллов. Проведение регулярных неврологических осмотров у больных с онкопатологией способствует более раннему выявлению метастазов ГМ. Хирургическое лечение является единственным способом сохранить жизнь и увеличить ее продолжительность и качество у этих пациентов. Неблагоприятные исходы при лечении данной патологии подтверждают необходимость совершенствования диагностики и специализированного лечения.

Результаты хирургического лечения больных с опухолями задней черепной ямки при применении комплексного нейрофизиологического мониторинга

*Фадеева Т. Н., Олюшин В. Е.,
Руслякова И. А.*

*ФГУ Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт
им. проф. А. Л. Поленова, Санкт-Петербург,
191104, ул. Маяковского 12,
тел. 273-80-67, e-mail: fed@admiral.ru.*

Применение комплексного нейрофизиологического мониторинга в режиме реального времени позволяет своевременно выявлять функциональное ухудшение ствола головного мозга. Центрогенные реакции рассматриваются нами как триггеры ухудшения функционального состояния мозга.

Исследованно 140 пациентов, оперированных по поводу экстрацеребральных парастволовых опухолей и глиальных опухолей ЗЧЯ и медуллобластом с прорастанием в дно IV желудочка больших размеров. Проводилась одновременная регистрация ЭЭГ и АСВП.

Результаты. Ретроспективный анализ показал, что оперативные вмешательства в группе пациентов с интраоперационно выявленными центрогенными реакциями чаще заканчиваются субтотальным удалением опухоли, а у больных с центрогенными реакциями 2-го типа в 45,5% наблюдений частичным удалением опухоли.

Количество осложнений возрастает при регистрации центрогенных реакций 2-го типа и реакций 1-го типа с переходом во 2 тип, причем наиболее распространенным осложнением являлось нарушение кровообращения в стволе головного мозга.

При поступлении в стационар балльная оценка по шкале Карновского во всех исследуемых группах не имеет достоверной разницы, тогда как при выписке больных из стационара выявлены различия. Отмечается улучшение состояния и увеличение среднего балла по шкале Карновского в группах больных без центрогенных реакций и с центрогенными реакциями 1-го типа. И напротив, ухудшение состояния пациентов, и снижение балльной оценки неврологического статуса в группах больных с центрогенными реакциями 2-го типа и особенно с центрогенными реакциями 1-го типа с переходом во 2 тип.

Выводы. Применение интраоперационного комплексного нейрофизиологического мониторинга позволяет своевременно корректировать технику и тактику оперативного вмешательства от кратковременной приостановки до полного прекращения хирургической манипуляции, такой подход оправдан, так как использование описанной выше тактики позволило снизить инвалидизацию и улучшить качество жизни больных с экстрацеребральными и глиальными опухолями задней черепной ямки.

Прогнозування якості життя хворих з гліомами супратенторіальної локалізації після хірургічного лікування

Главацький О. Я.,
Чепкій Л. П.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А. П. Ромоданова АМН України, 04050,
м. Київ, вул. Мануїльського, 32,
тел. (044) 483-92-19, nesegal@ukr.net

Безумовно відсутність летальності при хірургічному лікуванні хворих з гліомами визначає його безпечність та ефективність. Проте, збереження або навіть покращення якості життя хворих, можливість їх повної соціальної реадптації останнім часом набуває не меншого значення. В рамках концепції «розумного радикалізму» це значить, що якщо операція може призвести до грубої інвалідації її доцільність стає сумнівною і у такому разі необхідно застосовувати інші методи лікування.

Мета: визначення прогностично сприятливих і несприятливих чинників які статистично достеменно впливають на якість життя хворого у післяопераційному періоді.

Матеріали і методи: в дослідження включено 1056 оперованих хворих. Використана модифікована шкала Карновського (ІК), критерій X^2 Пірсона, інформаційна міра Кульбака, метод послідовного аналізу Вальда, при аналізі враховувалися 150 основних показника.

Результати та їх обговорення: об'єктивно оцінити вплив прогностичних ознак вдалось за допомогою аналізу Вальда. Визначення прогностичних коефіцієнтів (ПК) усіх вірогідних факторів показало, що на якість життя впливав цілий їх ряд і в першу чергу — вік хворих ($X^2=64,84$, $n=2$, $p<0,01$). Так, у осіб молодого віку ПК був позитивним (+2,1), а у літніх — негативним (-5,1). Мав значення і темп розвитку захворювання, величини ПК в залежності від нього коливались від -2,1 до +2,2 ($X^2=38,38$, $n=4$, $p<0,01$). Найбільш інформативним був ІК, якщо до операції він був нижче 50 балів, то ПК знижувався до — 7,3, а якщо ІК вище 70, то ПК становив +9,0. Розбіжність була високо вірогідною ($X^2=346,38$, $n=3$, $p<0,01$). Якість життя значно погіршувалась при ФВЗ-локалізації (ПК=-2,2). Для визначення ступеню ризику інвалідації розраховувалась сума ПК (СПК) пацієнтів з ІК більше і менше 60 балів. Із збільшенням СПК відсоток хворих з високою якістю життя зростав. Так при СПК від +5 до +10 ІК вище 60 спостерігався у 83% випадків, а якщо СПК був більше +15, то навіть у 97%. При підвищенні радикальності операції ІК при різних величинах СПК значно зростав.

Висновки: 1. Об'єктивна оцінка прогностичної значимості окремих клінічних ознак при прогнозуванні якості життя можлива після визначення ПК. 2. При однаковій СПК прогноз вірогідно кращий при «тотальному» і субтотальному видаленні. 3. Сучасні хірургічні технології підвищують радикальність видалення гліом при одночасному підвищенні якості життя за рахунок зменшення травматизації мозкових структур.

Хіміотерапія при лікуванні хворих з гліомами супратенторіальної локалізації, її вплив на якість життя

Семенова В. М.,
Главацький О. Я.

Інститут нейрохірургії ім. акад.
А. П. Ромоданова АМН України,
04050, м. Київ, вул. Мануїльського, 32,
тел. (044) 483-92-19, nesegal@ukr.net

Основними критеріями до проведення хіміотерапії (ХТ) є: злоякісний характер пухлини, її хіміочутливість, стан хворого згідно шкалі Карновського — більше 50—55 балів. В той же час токсичний вплив більшості хіміопрепаратів на організм в цілому може звести нанівець результати хірургічного лікування.

Мета: спрогнозувати ефективність ХТ у хворих з злоякісними гліомами та дослідити її вплив на якість життя.

Матеріали і методи: ад'ювантна ХТ проводилась 310 пацієнтам з гліомами III—IV ступеня анаплазії (ст. ан.), в 49 спостереженнях застосовувалась місцева ХТ через резервуар Омтауа. Обов'язковим було урахування індивідуальної чутливості пухлини до хіміопрепарату. Статистичний аналіз за допомогою методики Вальда.

Результати та їх обговорення: Частіше ХТ застосовувалась у пацієнтів віком до 40 років (59%). Супутня патологія обмежувала використання агресивної ХТ. Найчастіше (75-90%) вона проводилась при олігодендрогліомах (ОГ) та астроцитомах III ст. ан. і гліобластомах. Тяжкість вихідного стану визначалась виразністю вогнищевої та загальноомозкової симптоматики, що залежали, в першу чергу, від локалізації пухлини. ХТ найчастіше (47%) застосовувалась у хворих з медіанною локалізацією. Тільки у 8% індекс Карновського (ІК) до операції був нижче 50 балів. Тяжкий стан хворого після операції та ризик його подальшого погіршення обумовлював проти покази до ХТ. При наявності прогностично сприятливих факторів (вік менше 40 років, тривалість захворювання більше 3-х місяців та епілептиформний його перебіг, ІК більше 50 балів, ОГ) результати лікування були краще, хоча і не вірогідно в порівнянні з контрольною групою. Тенденція до достеменної різниці між групами залежала від радикалізму видалення пухлини. Після «тотального» видалення більше 15 місяців жили понад 60% пацієнтів які отримували ХТ, а в контрольній групі до 50%, після субтотального — більше 70% і до 60% відповідно. Якість життя до операції суттєво впливала на прогноз. Він погіршувався якщо ІК був менше 50 балів ($p<0,01$, ПК = -1,61). Навіть при більш високих ІК якість життя залежала від токсичності препарату та шляхів його введення. Так застосування темозоломіду було більш виграшним у порівнянні з схемою РСV, а місцевої ХТ у порівнянні з системною.

Висновки: Сучасні методи проведення ХТ дозволяють в деяких випадках досягти суттєвих результатів в лікуванні злоякісних форм гліом при збереженні високої якості життя.

Acoustic schwannoma surgery — techniques of facial and cochlear nerve preservation

Tetsuo KANNO

Fujita Health University, Japan,

Address: 1-98, Dengakugakubo Kutsukake-cho,
Toyoake Aichi 470-1192, JAPAN

TEL:+91-562-93-9253

FAX:+91-562-93-3118

E-mail: tkanno@fujita-hu.ac.jp

Surgery for acoustic schwannoma is still one of the most difficult surgeries in neurosurgery. The difficulty is mostly due to functional preservation of facial and cochlear nerves.

Although the ideal treatment is the total removal, the preservation of the functions still can not obtain 100% by any experts. On the other hand, radiotherapy has been developed more recently. The combination of the surgery and radiotherapy has now shifted to the new era, because the mechanical advancement of the radiotherapy is also developing very fast.

Concerning the preservation of the facial nerve, the author will present the following points; there are 4 parts of facial nerve seen intra-operatively.

— REZ of facial nerve

— a part of the facial nerve running along parallel to the brain stem

— the so-called «last 10mm», which is seen just before its entry into the internal meatus

— the bottom of the internal meatus

The most difficult part to preserve is the so-called «last 10mm», because this part usually shows a curve with wide fanning. It is the most fragile part. When the size of tumor is large or giant, it may be better to leave small pieces of the tumor tissue on it. If it shows regrowth in the follow-up, then radiotherapy should be the combined modality of treatment.

Concerning the preservation of the cochlear nerve, it needs experience to identify the nerve because most of them can not always be identified by the figure on the tumor surface and for by intra-operative monitoring. The procedure of the so-called «collect the fanning fibers and make the nerve» is still one of the techniques.

These points will be presented mainly by the video demonstration.

Сравнение качества жизни у больных краниофарингиомами

Кариев Г. М., Тухтаев Н. Х., Алтыбаев У. У.

Республиканский научный центр
нейрохирургии, Республика Узбекистан,
г. Ташкент-700000, ул. Каблуква, 5,
134-10-83, kariev@bcc.com.uz.

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ изучения качества жизни больных оперированных по поводу краниофарингиом.

Материал и методы. Работа основана на результатах наблюдений над 71 больным с краниофарингиомами. По методу операций больные разделены на три группы: пункционное опорожнение, эндоскопическое опорожнение с биопсией и микрохирургическое удаление с эндоскопической ассистенцией. В общей слож-

ности больным проведено 93 операции, что составило 1,2 хирургических вмешательства на больного. Возраст больных колебался от 1,6 месяцев до 59 лет. По полу мужского — 47,9%, женского — 52,1%. Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 10 лет. Для оценки качества жизни использована шкала Карновского.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты свидетельствовали о том, что при выписке во всех 3 группах наблюдалось одинаковая тенденция повышения качества жизни на 4-5 баллов. Катамнестические данные во всех трех группах отличались. Так если в 1 и 3 группах качество жизни в первый год после операции повышалось на 3-6 баллов, во второй группе оно снизилось на 2 балла. Но более интересна дальнейшая тенденция. В период от 1 до 3 лет в первой и третьей группах наступало ухудшение качества жизни значительно в первой группе на 10 баллов, т.е. больные обслуживающие себя самостоятельно, стали нуждается порой в помощи (по Карновскому). А во второй группе качество жизни больных к 3 годам стало повышаться и к 4-5 годам после операции достигали самых высоких показателей в группах, т.е. у больных была нормальная активность с усилием.

Таким образом, все три метода операций при краниофарингиомах улучшают качество жизни больных. Но если пункционный метод в дальнейшем требует повторных операций и ухудшается качество жизни больных. То эндоскопический метод также, несмотря на повторные операции, не ухудшает качество жизни больных. Микрохирургическое удаление опухоли отличается стабильной повышением качества жизни больных.

Выводы: 1. Определение качества жизни больных позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимого лечения.

2. Паллиативные операции при краниофарингиомах хотя и улучшают качество жизни, но в дальнейшем приводят к значительному снижению ее качества.

3. Наиболее приемлемым в плане улучшения качества жизни являются удаление опухоли микрохирургическим путем с эндоскопической ассистенцией.

Сравнение качества жизни у больных с краниофарингиомами

Кариев Г. М., Алтыбаев У. У.,
Тухтаев Н. Х., Асадуллаев У. М.

Республиканский Научный Центр
Нейрохирургии, г. Ташкент 700000,
ул. Каблуква 5, (+99871) 1341585,
kariev@bcc.com.uz

Целью настоящей работы явился сравнительный анализ изучения качества жизни больных, оперированных по поводу краниофарингиом.

Материал и методы. Работа основана на результатах наблюдений над 71 больным с краниофарингиомами. В общей сложности больным проведено 95 операций, что составило 1,3 хирургических вмешательства на больного. Возраст больных колебался от 2 до 63 лет. По полу больные распределились следующим образом: лиц женского пола — 33 (46,5%), — мужского 38 (53,5%). Сроки наблюдения от 6 месяцев до 10 лет. По методу операции больные

распределены на 3 группы: пункционное опорожнение, эндоскопическое опорожнение и микрохирургическое удаление. Для оценки качества жизни использована шкала Карновского.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты свидетельствовали о том, что в ближайшие послеоперационные сроки отмечается улучшение качества жизни у больных в первой группе на 10 баллов, во второй группе на 15 баллов и в третьей группе на 7 баллов. В отдаленные сроки отмечалось стабильное повышение качества жизни во второй и третьей группах, и больные достигали 80 баллов по шкале Карновского. В первой группе качество жизни в динамике снижалось из-за частых рецидивов болезни, что требовало проведения повторных операций.

Таким образом, все три метода операций при краниофарингиомах улучшают качество жизни больных. Но если пункционный метод в дальнейшем требует повторных операций и ухудшается качество жизни больных. То эндоскопический метод также, несмотря на повторные операции, не ухудшает качества жизни. Микрохирургическое удаление опухоли отличается стабильным повышением качества жизни больных.

Выводы: 1. Определение качества жизни больных позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимого лечения.

2. Паллиативные операции при краниофарингиомах хотя и улучшают качество жизни, но в дальнейшем требуют проведения повторных вмешательств.

3. Наиболее приемлемыми в плане улучшения качества являются микрохирургические и эндоскопические операции.

Качества жизни больных с окклюзионной гидроцефалией опухолевого генеза.

Холиков Н. Х., Кариев Г. М.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Республика Узбекистан, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcs.com.uz.

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения при окклюзионной гидроцефалии опухолевого генеза

Материалы и методы: Проанализированы результаты лечения 67 больных в возрасте от 11 месяцев до 65 лет находившихся в РНЦНХ с 1999—2003 гг. Анализу подвергнуты катamnестические данные 50 больных, полученных при повторном обращении пациентов к врачу, что составляет 74,6% от общего числа оперированных больных. Средняя длительность катamnеза: 30,2 месяца. По уровню окклюзии ликворных путей больные были разделены на 2 группы:

Первую группу составили 23 больных с бивентрикулярной гидроцефалией.

Во вторую группу вошли 44 больных с тривентрикулярной гидроцефалией. Качества жизни больных оценивалось по индексу Карновского. Предоперационный ИК у больных был 60—80 баллов.

Вентрикулоцистерностомия по Торкильдсену (ВЦСТ) произведена 43 больным, эндоскопическая

фенестрация дна III желудочка (ЭВЦСТ-III) 24 больным.

Результаты и их обсуждение. После ВЦСТ в послеоперационном периоде улучшение состояния с регрессом гипертензионно-гидроцефальной симптоматики отмечено у 32 (74,41%) больных. Инфекционно-воспалительных осложнений наблюдались у 20,9% больных.

В раннем послеоперационном периоде умерли 9,3% больных.

После ЭВЦСТ в послеоперационном периоде регресс гипертензионно-гидроцефального синдрома отмечен у 83,3% больных. Инфекционно-воспалительных осложнений наблюдались у 20,9% больных.

Послеоперационная летальность составил 12,5% больных. В отдаленном периоде ИК возрастает незначительно. Наибольшее значение он имеет в группе с уровнем окклюзии на уровне задних отделов III желудочка и водопровода мозга которым произведена ЭВЦСТ-III. Качество жизни хуже и риск развития инфекционно — воспалительных осложнений выше у пациентов которым произведена ВЦСТ.

Заключение: отсутствие различий в качестве жизни больных в отдаленном периоде после ВЦСТ и ЭВЦСТ-III, а также большое количества инфекционно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде после ВЦСТ позволяет сделать вывод о целесообразности применения ЭВЦСТ-III при тривентрикулярной гидроцефалии опухолевого генеза.

Дисфункции лицевого нерва при опухолях мосто-мозжечкового угла

Муминов М. Д., Кариев Г. М.

Ташкентская Медицинская Академия, г. Ташкент

Республиканский научный центр нейрохирургии, Республика Узбекистан, г. Ташкент-700000, ул. Каблукова, 5, 134-10-83, kariev@bcs.com.uz.

Нарушение иннервации мимической мускулатуры при опухолях боковой цистерны моста представляет большую социальную проблему в нейроонкологии.

Хирургическое лечение стойких поражений лицевого нерва в настоящее время является единственными эффективными методом восстановления произвольной двигательной функции мимических мышц.

Цель: изучить результаты хирургической коррекции дисфункции лицевого нерва у больных с опухолями боковой цистерны моста.

Материал и методы: за период с 2000 по 2006 годы у 74 больных оперированных по поводу опухоли мосто-мозжечкового угла было произведено 21 операции по восстановлению функции лицевого нерва с помощью реиннервации его ствола. Качество жизни больных оценивалось по шкале Карновского, а функция лицевого нерва оценивалась по шкале House-Brackmann'a.

Результаты и их обсуждения: анатомическая целостность лицевого нерва была сохранена у 66 больных (89,19%). 53 (62,26%) отмечали хорошую функцию лицевого нерва (1—2ст. по шкале House-Brackmann). Из них 20 больных (37,74%) отмечали

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 парасагиттальных 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 парасагиттальных 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.

Парасагиттальное 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

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.,* Грідина 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

39%. Использование НИЛИ у больных с ГГМ в раннем послеоперационном периоде способствует повышению КЖ. Данные ППР коррелируют с показателями КЖ, и могут быть использованы в качестве объективного критерия при оценке КЖ у больных с ГГМ.

Принципы построения методик восстановительного лечения у больных с глиомами головного мозга

Розуменко В. Д., Хорошун А. П.

Институт нейрохирургии им. акад.

А. П. Ромоданова АМН Украины.

04050, Украина, г. Киев, ул. Мануильского, 32.

Тел./факс: 483-92-19,

e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua.

Цель. Повышение качества жизни (КЖ) больных с глиомами головного мозга (ГГМ) с использованием послеоперационного восстановительного лечения (ВЛ).

Материалы и методы. Работа основана на материале 142 оперированных больных с глиомами супратенториальной локализации II, III, IV ст. зл.

Результаты и их обсуждение. Эффективность ВЛ возможна только в случае применения адекватных методов восстановительной терапии, включающих медикаментозные средства, физиотерапевтические методы, массаж, лечебную физкультуру, психологический подход, а также, правильного выбора необходимого раздражителя с учетом состояния больного, степени злокачественности опухоли, характера функциональных нарушений, сопутствующих заболеваний и т.д.

В связи с этим важное значение при построении методик ВЛ имеет использование принципов реабилитации: раннее начало применения методов ВЛ (физиотерапевтических, физических, медикаментозных); непрерывность и этапность процесса ВЛ; комплексного использования средств; предупреждения развития механизма спонтанного обучения; адекватности и динамической изменчивости, используемых средств. Также, необходим психологический подход, использующий принципы сознательности, активности, наглядности, доступности, индивидуального подхода к личности, ориентации на нормы и ценности больного, а не только на социально принятые правила и нормы.

Заключение. Как показали результаты проведенных нами исследований, после проведенных лечебных мероприятий, включающих хирургическое удаление опухоли, курс ВЛ, процент больных с дооперационным индексом по шкале Карнавского 60 баллов и ниже уменьшился с 52,7% до 15,5%; в то же время процент больных с дооперационным индексом по шкале Карнавского 70 баллов и выше увеличился с 43,3% до 84,5%. И если до операции преобладали больные тяжестью состояния которых по шкале социально-психологической адаптации соответствовала низкому уровню-51,3%, то в результате проведенных лечебных мероприятий, включающих хирургическое удаление опухоли и курс ВЛ, процент таких больных при выписке уменьшился до 12,3%; в то же время процент больных с высоким и средним уровнями возрос с 48,7% до 87,7%. Следование принципам реабилитации, при построении методик ВЛ для больных с ГГМ, является залогом успешного проведения восстановительных мероп-

ятий, обеспечивает возможность восстановления профессиональной деятельности, а следовательно способствует повышению КЖ.

Олігоастроцитома: чинники, що визначають якість життя хворого

Ключка В. М., Розуменко В. Д.

Институт нейрохирургии им. акад.

А. П. Ромоданова АМН Украины,

04050, м. Київ, вул. Мануїльського, 32.

Тел.: 80444839219, e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua

Вступ. Олігоастроцитоми (ОА) складають від 6 до 11% усіх гліом півкуль великого мозку. Своєрідність топографо-анатомічних та гістобіологічних особливостей ОА обмежує можливості їх хірургічного лікування і потребує аналітичного вивчення та оцінки факторів, що впливають на хірургічну тактику, оптимізують її вибір, знижують ризик операції і в решті-решт визначають якість життя хворих.

Метою роботи було вивчити патоморфологічні, клінічні та параклінічні особливості ОА, які впливають на якість життя пацієнтів з даною патологією.

Матеріали та методи. До нашої вибірки потрапило 120 хворих на супратенторіальну ОА, яку верифіковано гістологічним дослідженням. Всім проведено КТ і/чи МРТ. У 22 пацієнтів проводилася сцинтиграфія. Всі пацієнти пройшли оперативне лікування — тотальне або субтотальне видалення пухлини, критерієм радикальності служили результати КТ чи/і МРТ, проведені в перші 24 години після операції. 60% прооперованих пацієнтів пройшли курси променевої та хіміотерапії. Якість життя до і після операції оцінювалася за шкалою Карновського.

Результати та обговорення. Результати проведеного дослідження показали, що виживання та якість життя пацієнтів знаходилося в прямій залежності від клінічних проявів захворювання та отриманого лікування. Середній період безрецидивного виживання склав 2—3 роки. Середній період загального виживання — 5—6 років. У чоловіків ці періоди були довшими, ніж у жінок — відповідно 3—4 та 6—8 років для чоловіків і 1—2 та 4—5 років для жінок. А ось вік хворих на виживання суттєво не впливав. Наявність судомних нападів була сприятливим прогностичним фактором — термін загального виживання при наявності судомного типу перебігу захворювання склав 6—7 років, а при гіпертензійному та судинному — 4—5 років. Простежувалася залежність між даними КТ/МРТ та кінцевим результатом захворювання — виживання було довшим у пацієнтів, в яких накопичення контрасту було незначним — 7—8 років проти 4—5 при доброму контрастуванні. Відсутність ділянок некрозу, мітозу та судинної проліферації в патоморфологічних препаратах теж сприятливо корелювала з прогнозом захворювання. Кількість хворих з доопераційним індексом Карновського 60 балів і нище зменшилась з 35% до 4%, а з індексом Карновського 70 балів і більше зросла з 65% до 96%.

Висновки. ОА мають цілий ряд патоморфологічних ознак, клінічних проявів, даних нейровізуалізуючих методів обстеження, які в значній мірі визначають перебіг захворювання, тривалість загального виживання хворих з ОА, тактику лікування та якість їх життя в цілому.

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 сохранили ее в среднем в течении 24.8 мес.

Якість життя хворих з метастатичними пухлинами головного мозку в післяопераційному періоді

Сірко А. Г.

Дніпропетровська державна медична академія,
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня
ім. І.І. Мечникова, Дніпропетровськ,
пл. Жовтнева 14., 49005, 8-0562-7135113,
neurosirko@ua.fm

Мета. Провести аналіз якості життя хворих з метастатичними пухлинами головного мозку (МППГМ) в післяопераційному періоді залежно від радикальності оперативних втручань.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування 164 хворих на МППГМ, що знаходились на лікуванні у Дніпропетровській обласній клінічній лікарні. Для об'єктивізації тяжкості стану хворих ми використовували модифіковану в Київському інституті нейрохірургії шкалу Карновського. Серед обстежених нами хворих величини індексу Карновського (ІК) тільки у 6,1% випадків становили 50 балів, у 29,9% дорівнювали 60 балам, у 50% — 70 балам, у 14% — 80 балам. У 59 хворих МППГМ були виявлені в різні терміни з часу діагностики первинної пухлини (метакронні метастази), а в 45 — одночасно з первинною пухлиною (синхронні метастази). Найчастіше первинна пухлина була розташована в легенях (у 33,7% хворих). Метастази раку грудної залози були діагностовані у 19,2% хворих, меланоми шкіри — у 18,3%, раку товстої кишки — у 9,6%. Метастатичне ураження головного без верифікованого первинного джерела діагностовано у 60 хворих.

У 152 хворих діагностовані поодинокі, а у 12 — численні метастази. Найчастіше поодинокі метастази були розташовані у великих півкулях (73,7%), і тільки у 26,3% — в мозочку і стовбурі мозку. Серед хворих з поодинокими метастазами найчастіше (у 87,5%) виконувалось візуально повне видалення пухлини, у 9,9% — субтотальне і тільки у 2,7% — часткове. Численні метастази одночасно видалені у 9 хворих, причому у 4 з них це вдалося виконати з одного трепанацийного вікна. Хворій з метастазами, розташованими супра — та субтенторіально, а також 4 хворим із двосторонніми метастазами виконано по дві трепанациї під час однієї операції. У два етапи метастази видалені одному хворому, а двом іншим хворим видалили тільки один метастатичний вузол, що зумовлював клінічну картину на момент операції.

Результати та їх обговорення. Після видалення МППГМ у післяопераційному періоді померло 8 хворих із поодинокими та один хворий з численними метастазами. Найчастіше причиною летальності були: крововилив у залишки пухлини (у 3 хворих), набряк і дислокація стовбурових відділів мозку внаслідок операційної травми (у 2 хворих), реакція мозку на резидуальні ділянки пухлини — в одному випадку. У хворого з численними метастазами причиною смерті було наростання набряку мозку з дислока-

ційним синдромом, зумовленого 3 метастатичними вузлами, що залишилися невиданими.

Середній індекс Карновського до операції у хворих з поодинокими метастазами дорівнював $67,6 \pm 0,6$, а після операції $75,9 \pm 0,6$ ($p < 0,001$). Необхідно відзначити, що поліпшення якості життя в ранньому післяопераційному періоді було найбільш виражене при тотальному видаленні поодиноких метастазів, де ІК зростає більше порівняно з субтотальним і частковим видаленням, після яких якість життя також підвищувалась, але різниця між ІК до операції і після операції була не вірогідною ($p = 0,3$).

Середній ІК до операції у хворих з численними метастазами дорівнював $64,5 \pm 2,5$, а після операції — $75,4 \pm 1,6$ ($p = 0,008$). Необхідно відзначити, що видалення всіх метастатичних вузлів під час однієї операції призводило до покращення якості життя хворих вже в ранньому післяопераційному періоді.

Висновки. Підвищення радикальності хірургічного втручання при поодиноких і численних метастазах не тільки зменшує його ризик, але і покращує якість життя хворих в ранньому післяопераційному періоді.

Оценка качества жизни пациентов после радиохирургического лечения опухолей мосто-мозжечкового угла головного мозга

Sramka M., Trompak O.,
Kralik G., Viola A.

Клиника стереотаксической радиохирургии
Онкологического института и Университета
здравоохранения и социальной работы
Святой Елизаветы, Братислава, Словакия,
811 51 Bratislava, Heydukova 10, Slovakia,
tel.: 00421 904 700 610,
e-mail: msramka@ousa.sk

Целью работы является оценка качества жизни больных после радиохирургического вмешательства в области мосто-мозжечкового угла (ММУ).

Анатомические взаимоотношения в ММУ между стволом головного мозга и V, VII, VIII, IX, X, XI, XII ЧМН определяют специфические условия во время лечения опухолей в этой области (Samii M., Matthies C., 1997).

Осложнения, а также инвалидизация пациентов (Pollock B., Lunsford L.D. 1998) стимулировали нас к применению в лечении этих больных методов стереотаксической радиохирургии, которые обеспечивают контроль опухолевого роста и сохраняют функции мозговых структур (Flickinger J.C., Lunsford L.D. 2004).

Несмотря на использование во время хирургических вмешательств микрохирургической техники, интраоперационной электромиографии, мониторинга вызванных слуховых потенциалов, в большом проценте случаев имело место повреждение лицевого и вестибуло-кохлеарного нервов (Mendenhall W.M., Friedman W.A., 2004).

У больных с рецидивуючими менингеомами имеют место интраоперационные ишемические и геморрагические осложнения, травмирование черепно-мозговых нервов, высокая интра- и послеоперационная летальность (Engehard R., Kirming B.N., 1990).

Из 200 пациентов с опухолями ММУ невриномами VIII пары черепно-мозговых нервов имели место у 100 случаях, невриномами лицевого нерва — у 3, менингеомы — у 66, хемодектомы — у 15, другие опухоли диагностированы у 14 больных. После хирургического лечения опухолей ММУ качество жизни больных оценивается редко (Kodziolka D., Lansgdorf L.D., 2003). Мы изучали качество жизни пациентов до и после операции с облучением опухолей и критических структур мозга. Наша шкала оценки состояния пациента включает изучение функции черепно-мозговых нервов, определение профессиональных способностей, возможности осуществления общественной деятельности, культурной и спортивной жизни больного. Контрольное обследование пациентов проводилось через 6 месяцев и в каждый последующий год в течение 10 лет.

Качество жизни пациентов с парасагиттальными менингиомами, оперированных с использованием новых лазерных технологий

Ступак В.В., Чернов С.В.

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий», Новосибирск, 630091, ул. Фрунзе 17, тел. 8 (383) 224-47-31, E-mail: SChernov@niito.ru

Цель исследования: оценить качество жизни у пациентов, оперированных по поводу парасагиттальных менингиом с помощью разработанных оригинальных лазерных технологий.

Материалы и методы: Nd-YAG лазер используется в клинике нейрохирургии Новосибирского НИИТО с 1995 г. Данный вид лазерного излучения проникает в ткани менингиомы до 0,5 см и оказывает выраженное коагулирующее воздействие. Нами прооперировано 156 пациентов с парасагиттальными менингиомами. Они были разделены на 2 группы: исследования (с применением лазерных технологий) — 90 больных и группа сравнения (оперированных традиционными методами) — 66 человек. Nd-YAG-лазер использовался при коагуляции и абляции паренхимы опухоли, обработке матрикса, верхнего сагиттального синуса и костного лоскута при его вовлечении в опухолевый процесс.

Результаты и обсуждения: Оценка качества жизни проводилась по шкале Карновского (Karnofsky D.A., Borchenal J.H., 1949). Балльное выражение качества жизни в обеих группах при поступлении оценивалось в среднем в 61 балл и статистически не различалось. После операции наблюдалось снижение этих показателей, более выраженное у пациентов, оперированных традиционными методами — до 54,84 баллов по сравнению с исследуемой

группой — 59,88 баллов. Суммарный показатель перед выпиской у больных, оперированных с использованием лазера, был статистически выше и составил в среднем 71,29 баллов, по сравнению с контрольной группой — 62,42 балла. Изучение результатов оперативного лечения в сроки до 3-х лет показало дальнейший регресс неврологического дефицита, отсутствие эпилептичных приступов и увеличение индекса до 77,4 баллов в исследуемой группе и до 66,72 баллов в группе сравнения.

Выводы: использование Nd-YAG лазера с длиной волны 1,06 мкм, мощностью 45—60 Вт является эффективным методом удаления менингиом головного мозга сложной локализации, способствует быстрому и более полному восстановлению в послеоперационном периоде и приводит к улучшению качества жизни.

Качество жизни у больных с менингиомами основания черепа, оперированных с использованием ND-Yag-лазера

Ступак В.В., Калиновский А.В.

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий», Новосибирск, 630091, ул. Фрунзе 17, т. 8 (383) 224-47-31, E-mail: AKalinovsky@niito.ru

Цель. Оценка качества жизни пациентов с менингиомами основания черепа в дооперационном и послеоперационном периоде, пролеченных с использованием лазерных технологий.

Материалы и методы. Было прооперировано 176 человек с менингиомами основания черепа. В 136 случаях на этапе удаления опухоли и обработки источника роста применялся Nd-Yag-лазер с длиной волны 1,06 мкм, мощностью 60 Вт. В контрольной группе (40 человек) удаление выполнялось традиционными методами.

Результаты. Проводилась оценка общего состояния пациентов (использовалась модифицированная шкала Карновского (Karnofsky Performance Index) (Karnofsky D.A., Borchenal J.H., 1949; O'Dell M.W., Lubeck D.P., 1995)) до операции, на момент выписки больного из стационара (12—15 суток после операции), и в отдаленном послеоперационном периоде (в сроки от 1 до 15 лет). В дооперационном периоде средний балл в экспериментальной группе составил 78 баллов, в контрольной группе — 76 баллов. При выписке средний балл в экспериментальной группе составил 67 балла, в контрольной группе — 61 балл. В отдаленном послеоперационном периоде средний балл качества жизни в контрольной группе составил 65 баллов, в экспериментальной 73 балла.

Качество жизни снижалось в основном за счет усугубления исходной очаговой неврологической симптоматики и присоединения дополнительного неврологического дефицита, который регрессировал в позднем послеоперационном периоде (оценка проводилась в сроки до 3-х лет после операции).

В группе больных, оперированных с использованием ND-Yag-лазера, уровень качества жизни достоверно был выше, чем в контрольной, что свидетельствует об эффективности использования лазерных технологий на этапах удаления менингиома основания черепа и улучшает прогноз лечения.

Динамика функционального состояния зрительного анализатора у больных с повреждением базальных отделов мозга в послеоперационном периоде

*Задоянний Л. В., Жданова В. Н.,
Егорова Е. С., Братусь Н. Н.*

*Институт нейрохирургии им. акад.
А. П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 483-81-83, E-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Цель. Изучить состояние зрительного анализатора у больных с опухолями базальной локализации в послеоперационном периоде. Определить важнейшие показатели, способствующие улучшению качества жизни этой категории больных по состоянию функций зрения (остроты зрения и поля зрения).

Материалы и методы. Нами обследовано 64 больных с опухолями базальной локализации. Из них 19 — с краниофаренгеомами, 17 — с менингиомами бугорка турецкого седла, 28 — с аденомами гипофиза. У всех больных были нарушены функции зрения. Острота зрения колебалась в пределах 0,7—0,02. Поле зрения изменялось по хиазмальному типу: полные битемпоральные гемианопсии у 25 (39%) больных, сужены на 20—50° и скотомы — у 34 (53%) больных. У 5 (8%) больных слепота на одном глазу и низкое зрение (0,02—0,05) на другом глазу.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде проводилось комплексное консервативное восстановительное лечение с применением медикаментозной терапии и физиотерапевтических методов.

Полное восстановление зрения отмечено у 28 (44%) больных (до операции острота зрения составляла 0,2—0,7, сужение полей зрения на 20—40°. Частичное восстановление зрения до 0,3—0,8 и уменьшение битемпоральных дефектов на 10—20° — у 31 (48%) больного. У 5 (8%) больных зрение не восстановилось.

Выводы. Таким образом, восстановление функций зрения и дальнейшее качество жизни больных зависит от исходных показателей, наблюдаемых до операции. Они находятся в прямой зависимости от ранней диагностики изменений функций зрения и своевременности нейрохирургического вмешательства, а также последующего восстановительного лечения. Положительная динамика достигнута у 92% оперированных больных.

Нейроофтальмологические показатели и их динамика у больных с внутричерепной гипертензией

в послеоперационном периоде

*Задоянний Л. В., Егорова Е. С.,
Братусь Н. Н.*

*Институт нейрохирургии им. акад.
А. П. Ромоданова АМН Украины,
Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
(044) 483-8183, E-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Цель. Определить критерии качества жизни у больных с гипертензионно-гидроцефальным синдромом по состоянию функции зрения (остроты зрения и поля зрения).

Материалы и методы. Нами проведена оценка состояния функций зрения у 45 больных в пред- и послеоперационном периоде. Опухоли задней черепной ямы были у 18 пациентов (I группа), супратенториальные опухоли — у 27 (II группа). У всех больных на глазном дне выявлены застойные диски зрительных нервов различной степени выраженности.

Результаты и их обсуждение. В предоперационном периоде у 9 больных из 18 (50%) с гидроцефальным синдромом (I группа) и у 10 больных из 27 (37%) с опухолями больших полушарий (II группа) отмечены нарушения функций зрения.

У 19 больных обеих групп (42,2%) имело место снижение остроты зрения в интервале 0,07-0,9, неравномерное сужение полей зрения (20е-45е) и гомонимная гемианопсия.

После операции полное восстановление функций зрения у больных I группы наступило у 14 больных (77,7%). Не наступило улучшения у 4 больных с осложнённым течением застоя (22,3%).

У больных II группы зрение восстановилось у 15 человек (55,5%), частичное улучшение остроты и поля зрения 5 больных (27,7%), не улучшилось у 7 больных (18,8%), у этих больных наблюдались осложнённые застойные диски с гомонимными дефектами полей зрения и вторичной атрофией.

Выводы. Больные с нейрохирургической патологией должны активно обследоваться нейроофтальмологом на ранних этапах развития болезни. Ранняя диагностика и своевременное оперативное, а также раннее восстановительное лечение единственное условие сохранения и улучшения качества жизни нейрохирургических больных.

Клинические особенности и молекулярно-биологические маркеры разных типов менингиом головного мозга

Зозуля Ю.А., Шамаев М.И.,
Кваша М.С., Малышева Т.А.

Институт нейрохирургии им. акад.
А.П. Ромоданова АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануильского, 32,
тел.: 8(044) 4839695,
e-mail: zozulia@neuro.kiev.ua

Вступление. Менингиомы головного мозга (МГМ) — это преимущественно, доброкачественные, гормонозависимые внемозговые опухоли, происходящие из клеток менинготелия, который выстилает поверхности твердой и паутинной оболочек мозга, а также участки сосудистых сплетений желудочков. Они составляют 20—22% внутричерепных опухолей. Встречаются преимущественно у женщин репродуктивного и преклимактерического возраста, часто сопровождаются другими гормонозависимыми опухолями (миомой матки и опухолями молочных желез). Увеличивается темп роста МГМ у беременных и больных с повышенным гормональным фоном. Заболеваемость МГМ составляет в среднем 3 случая на 100000 населения в год, и увеличивается с возрастом.

До настоящего времени некоторые стороны патогенеза МГМ остаются невыясненными и являются предметом исследования. Изучение процессов запрограммированной гибели клеток (апоптоза) и нарушений его регуляции, соотношения процессов апоптоза и пролиферации открывает новое направление в изучении и лечении этого заболевания.

Целью исследования было выявление роли апоптоза и пролиферации в патогенезе типических (непролиферирующих), атипических и анапластических (пролиферирующих) МГМ.

Материал и методы исследования. Гистологические срезы готовили из парафиновых блоков по обычной методике, толщиной 4 мкм, затем фиксировали на стекла, предварительно покрытые адгезивом (APES-ацетон).

Для иммуногистохимического исследования (ИГХ) отобраны 60 удаленных МГМ у 60 больных,

в том числе у 28 пациентов с типическими МГМ (1-я группа), у 20 с атипическими (2-я группа), у 12 с анапластическими МГМ (3-я группа) и 10 больных (контрольная группа), была исследована твердая мозговая оболочка.

Изучали экспрессию генов bcl-2 и bax (результаты ИГХ оценивали в баллах полуколичественным методом по интенсивности окраски), Ki-67 (оценку осуществляли путем подсчета % окрашенных ядер на 300 клеток.

Белок bcl-2 является интегральным мембранным белком и играет центральную роль в ингибировании апоптоза. Сверхсинтез bax ускоряет апоптозную гибель. Маркер пролиферации клеточных элементов является экспрессия гена Ki-67.

Результаты исследования и обсуждение. Среди обследованных больных у 28(46,7%) диагностирована типическая МГМ, у 32(53,3%) — атипическая и анапластическая. Морфологическое исследование МГМ показало, что наблюдались два варианта МГМ, а именно: без очагов пролиферации (непролиферирующая) — МГМ типическая и МГМ с очагами пролиферации — атипическая и анапластическая (пролиферирующая) МГМ.

При изучении молекулярно-биологических показателей процессов апоптоза и пролиферации в клетках непролиферирующих и пролиферирующих МГМ получили следующие результаты.

Экспрессия bcl-2, основного ингибитора апоптоза, в типических МГМ составила 1,3+0,1 балла, в пролиферирующих МГМ показатель bcl-2 оказалась выше, так в — атипических МГМ она составила 1,9+0,2 балла и анапластических — 3,8+0,2 балла, что свидетельствует о снижении апоптоза и выживании опухолевого клона в пролиферирующих МГМ.

Экспрессия проапоптозного гена bax в типических МГМ составила 2,5+0,1 балла, в атипических 1,4+0,2 балла и анапластических МГМ 1,0+0,2 балла, что также отражает низкий уровень апоптоза, особенно в пролиферирующей МГМ.

С целью объективной оценки апоптоза нами использован новый показатель, представляющий собой отношение коэффициентов экспрессии bcl-2 к bax. Высокий коэффициент отношения количества bcl-2 к bax (bcl-2/bax) указывает на низкий апоптоз. Данный показатель в типических МГМ

Тип опухоли	Клинические особенности					Показатели онкомаркеров, %			
	ЧБ	СВ, годы	ЧТОУ	ЧПР (за 7 лет)	СБВ, мес	Bcl-2 (балл)	Bax (балл)	Bcl-2/Bax	Ki-67, %
Типическая	28	48,2	24(86)	3(11,3)	72	1,3+0,1	2,5+0,1	0,52	2,1+0,6
Атипическая	20	51,7	16(82)	5(27,2)	41	1,9+0,2	1,4+0,2	1,36	8,4+3,5
Анапластическая	12	58,4	9(75)	9(71,8)	14	3,8+0,2	1,0+0,2	3,80	21,7+5,7

Примечание. ЧБ — число больных, СВ — средний возраст, ЧТОУ — число тотально удаленных опухолей, ЧПР — частота послеоперационных рецидивов, СБВ — средняя безрецидивная выживаемость, Bcl-2/Bax — коэффициент отношения bcl-2 к bax.

составил 0,52, в атипических 1,36 и анапластических МГМ — 3,80.

Экспрессия Ki-67 (наиболее чувствительного индекса клеточной пролиферации) в типических МГМ составила $2,1 \pm 0,6\%$, в атипических МГМ $8,4 \pm 3,5\%$ и резкое повышение наблюдалось в анапластических МГМ — $21,7 \pm 5,7\%$, что доказывает высокий пролиферативный потенциал быстрорастущих (пролиферирующих) МГМ, несмотря на низкую их митотическую активность (табл.).

Клинические особенности и показатели молекулярно-биологических маркеров в различных типах менингиом головного мозга

Выводы. Таким образом, повышенная экспрессия ингибитора апоптоза и пониженная экспрессия проапоптозного фактора отражают снижение процесса генетически запрограммированной гибели клеток в МГМ, особенно в пролиферирующих (атипической и анапластической) МГМ по сравнению с таковыми в типических (непролиферирующих) МГМ и контрольной ТМО. Одновременно в пролиферирующих МГМ резко повышена экспрессия генов пролиферации клеток. Прогрессия МГМ определяется не только пролиферативной активностью опухолевых клеток, но и процессами гибели опухолевых клеток, путем терминальной дифференцировки, апоптоза и некроза. Для прогнозирования опухолевого процесса необходим комплексный подход, основанный на сравнительной оценке уровней пролиферации и различных вариантов клеточной гибели.

Качество жизни больных, оперированных по поводу невринома слухового нерва

Чудакова И.В.

*Нижегородская государственная
медицинская академия*

*Нижний Новгород, 603005, пл.Минина, 10/1,
(8312) 438-95-67; e-mail: vrg@yandex.ru*

Целью работы явилось исследование качества жизни больных, прооперированных по поводу невринома слухового нерва (НСН).

Материалы и методы. Наблюдалось 30 пациентов с односторонними НСН. Изучение показателей качества жизни проводилось с применением русскоязычного адаптированного варианта опросника Functional Assessment of Cancer Therapy for patients with brain tumor (лицензия Center on Outcomes, Research and Education, Evanston, Illinois, USA) до и через 3 месяца после оперативного удаления опухоли. Анализировались показатели физического благополучия, благополучия в социальных и семейных взаимоотношениях, эмоционального благополучия, благополучия в повседневной жизни, а также комплексные показатели качества жизни.

Результаты. Показатели шкал благополучия в социальных/семейных взаимоотношениях и эмоционального благополучия у больных НСН как перед оперативным лечением, так и через 3 месяца после него оказались статистически значимо более низкими, чем приводимые разработчиками шкалы показатели здоровых лиц ($p < 0,05$). Несмотря на тотальное удаление опухоли у подавляющего числа (88%) больных, средние показатели качества жизни пациентов после оперативного лечения не повысились. Полученные результаты можно объяснить тем, что НСН чаще всего диагностируются лишь спустя несколько лет после возникновения опухоли, развитие которой сопровождается снижением слуха и развитием косметического дефекта из-за недостаточности функции лицевого нерва, а также нередко и нарушениями фонации, жевания, глотания. Большинство из указанных расстройств в той или иной мере сохраняется и после оперативного удаления опухоли, что препятствует восстановлению психологического и социального благополучия пациентов.

Выводы. Для больных НСН характерно снижение благополучия в социальной и психологической сферах жизнедеятельности, в большинстве случаев сохраняющееся и после оперативного удаления опухоли. Улучшению качества жизни больных может способствовать ранняя диагностика НСН, а также психологическая помощь в психологической адаптации пациентов к возникшему у них стойкому неврологическому дефициту.