становительного лечения необходим психологический подход, учитывающий разнообразные стороны социальной жизни пациента, что дает возможность индивидуализировать лечение и способствует психологической адаптации после операции, повышает качество жизни. Эффективность применения физиотерапии зависит от правильного выбора необходимого “раздражителя” с учетом состояния больного, степени злокачественности опухоли, характера функциональных нарушений, сопутствующих заболеваний и т.д. Результаты лечения оценивались по разработанной нами шкале качества жизни (Патент Украины № 43758А, 2001 г.), которая в более полном объеме позволяет оценить качество жизни больных с опухолями головного мозга. Предложенная шкала включает 30 основных факторов, определяющих социально-адаптационные показатели качества жизни. По результатам проведеного исследования установлено, что если до операции количество больных с низким уровнем качества жизни в процентном отношении составляло 51,3%, то в результате проведенных лечебных мероприятий, включающих хирургическое удаление опухоли и курс ВЛ, этот показатель снизился до 12,3%; в то же время число больных с высоким и средним уровнем качества жизни увеличилось с 48,7% до 87,7%.

Выводы. Применение дифференцированного восстановительного лечения, в ранний послеоперационный период, позволяет улучшить результаты лечения и обеспечивает высокое качество жизни больных с глиомами головного мозга. Изучение КЖ больных с ГГМ является одним из информативных показателей эффективности проводимого лечения.

Дослідження фенотипу клітин пухлин головного мозку за профілем експресії мРНК цитокінів

Любич Л.Д.

Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України, м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32 тел. +380 44 4832193, e-mail: LyubychLD@neuro.kiev.ua

Важливе місце у розробці лікувальної тактики і прогнозі нейроонкологічних захворювань належить біологічним властивостям пухлини, які є наслідком інтенсивності молекулярно-генетичних змін при пухлинах мозку різного гістогенезу і різного ступеня злоякісності. Вважають, що за дисфункцію імунної системи у хворих з пухлинами, в тому числі головного мозку, відповідають інгібіторні медіатори, продуковані пухлинами.

Метою даного дослідження було визначення фенотипу клітин пухлин головного мозку за експресією мРНК цитокінів.

Матеріали і методи. Матеріалом слугували клітини пухлин та лімфоцити периферичної крові хворих з мозковими пухлинами різної гістоструктури і ступеня злоякісності. Зразки периферичної крові та пухлини отримували під час оперативного втручання. Експресію мРНК цитокінів (IFN-γ, TGF-β, IL–10, IL–12) визначали за допомогою методу RT-PCR. З метою виявлення апоптичних клітин використовували фарбування клітин за допомогою барвника Hoechst 33342 (Sigma, США).

Результати та обговорення. Згідно виявленого профілю експресії мРНК цитокінів в клітинах пухлин та лімфоцитах хворі з внутрішньомозковими пухлинами розподілились на три групи: 1) з прозапальним фенотипом (експресія мРНК IFN-γ і/або IL–12); 2) з імуносупресивним фенотипом (експресія мРНК IL–10 або TGF-β); 3) із змішаним фенотипом (одночасна експресія прозапальних (IFN-γ) і імуносупресивних (IL–10 або TGF-β) цитокінів).

Оскільки IL–10 і TGF-β, як відомо, відносять до розчинних імуносупресивних і проапоптотичних факторів, відповідальних за Т-супресію, у хворих з імуносупресивним або змішаним профілем експресії мРНК цитокінів у клітинах пухлин мозку можна припускати проапоптотичну дію продукованих пухлиною розчинних факторів на клітини імунної системи. Співставлення отриманих даних по кількості апоптотичних клітин серед лімфоцитів периферичної крові з даними експресії мРНК цитокінів, в цілому, узгоджується з цим припущенням: відсоток Hoechst+ апоптичних лімфоцитів вищий у хворих з імуносупресивним і змішаним фенотипом пухлин (19,0–30,0%), ніж у хворих із прозапальним фенотипом пухлин мозку (16,0+4,0%). Проте, прямої кореляції не спостерігаємо, оскільки клітини пухлини чинять свій вплив локально, у мікрооточенні, на ті клітини імунної системи, що інфільтрували тканину пухлини, і не зовсім ясно, наскільки системні імунні процеси відображають локальні імунні процеси у мозку при пухлинному процесі.

Висновки. Одним із механізмів реалізації супресивного впливу пухлин мозку на клітини імунної системи є експресія пухлинами мРНК проапоптотичних цитокінів і їх продукція.

Транссептальный транссфеноидальный доступ в микрохирургии объемных образований хиазмально-селлярной области

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

Белорусский государственный медицинский университет, ЛПУ “9-я городская клиническая больница”, Республика Беларусь, г. Минск, пр-кт Дзержинского, 83 тел. +375 29 6666860, e-mail: msielski@mail.ru

Накопленный к настоящему времени опыт и современное техническое оснащение позволяют успешно использовать транссфеноидальные доступы при удалении аденом гипофиза.

Цель исследования: изучить эффективность транссфеноидального доступа при удалении опухолей хиазмально-селлярной области.

Материал и методы. Оперирован 21 больной, средний возраст 40,2 года. Катамнез 1 месяц – 3 года.

У 18 больных были аденомы гипофиза, у 1 — краниофарингиома, у 1 — дермоидная киста и у 1 — коллоидная киста.

При транссептальном транссфеноидальном доступе производилась подслизистое удаление носовой перегородки, скелетировалась передняя стенка клиновидной пазухи с последующим удалением, производился рентгенологический контроль положения с последующим вскрытием дна турецкого седла.

Результаты. По данным КТ головного мозга в послеоперационном периоде у 16 пациентов остатков