

# 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 ликворосунтирующих 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.