

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