

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