

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 парасигитальных 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 парасигитальных 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.

Парасигитальное 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