

зрения битемпоральная гемианопсия в сочетании с сужением височных половин) — 48%.

Всем пациентам была выполнена краниотомия. В раннем послеоперационном периоде улучшение зрительных функций отмечено у 69% больных, без динамики зрительные функции остались у 23% больных, у 8% больных зрение ухудшилось. Худшие результаты были получены в группе пациентов с грубым хиазмальным синдромом.

Выводы. Восстановление зрительных функций после удаления опухоли лучше происходит у пациентов с начальным хиазмальным синдромом, ухудшение зрения связано со степенью поражения зрительного тракта и с трудностью удаления опухоли.

Оценка качества жизни онкологических пациентов после малоинвазивного криохирургического вмешательства на аденогипофизе

Пыхтин А.В., Черненко В.Г., Мороз В.А.

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины; Национальный фармацевтический университет МЗ Украины, г. Харьков, 61068; ул. акад. Павлова, 46, +38(057) 7382019; pykhtin@ic.kharkov.ua

Цель. Целью работы была количественная оценка влияния криодеструкции аденогипофиза на показатели качества жизни больных онкологического профиля. Учитывая однотипность и малую травматичность операции, особое внимание обращали на динамику опухолевой интоксикации.

Материалы и методы. Группу исследования составили 26 пациентов после криодеструкции нормального аденогипофиза по поводу распространенных форм канцероматоза (рак молочной железы, почки, лёгкого и др.). Контролем были 20 больных с первичными микроаденомами аденогипофиза. Операции выполнялись стереотаксическим методом. До и после нее проводили комплексное обследование, включающее рентген-исследование костных структур и МРТ мозга, а также необходимые иммунологические и гормональные исследования. Качество жизни пациентов оценивали с помощью модифицированной шкалы UW-QOL. Оценивали процентную градацию 9-ранговой величины показателей для каждого пациента (болевые ощущения, активность, восстановительный потенциал, способность к контакту, секвестрация личности, сопоставление, аппетит и др.). Для учета динамики опухолевой интоксикации использована модифицированная под характер вмешательства методика нейропсихологической оценки. Все значения сравнивали с исходными и контрольной группой.

Результаты и их обсуждения. В группе исследования отмечен существенный рост UW-QOL за счет отличного (у 65,4% пациентов) и хорошего (23,1%) анальгетического эффекта операции. Кроме этого, наибольшее влияние на рост UW-QOL (в среднем, на 50—78%) имело увеличение аппетита и купирование дисфагии. Нейропсихологическая оценка выявила снижение опухолевой интоксикации более чем у 80% пациентов.

Выводы. Стереотаксическая криодеструкция аденогипофиза при распространенном канцероматозе существенно улучшает качество жизни онкобольных за счет анальгетического эффекта, снижения интоксикации и стабилизации онкопроцесса.

Исследование корреляции показателей качества жизни и уровня поверхностного плазмонного резонанса при использовании низкоинтенсивного лазерного излучения у больных с глиомами головного мозга

Розуменко В.Д.,* Хорошун А.П.,* Грідина Н.Я.,* Ушенин Ю.В.**

*Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, тел./факс: 483-92-19, e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua
**Институт физики полупроводников им. В.Е. Лашкарева НАН Украины, тел. (+380) 44 5253123, e-mail: ushyury@mail.ru

Цель работы. Оценка эффективности влияния низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ), применяемого для лечения двигательных нарушений у больных с глиомами головного мозга (ГГМ) различной степени злокачественности в раннем послеоперационном периоде, на показатели качества жизни (КЖ) с помощью поверхностного плазмонного резонанса (ППР) периферической крови.

Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты с ГГМ различной степени злокачественности. Лазерное воздействие проводили с 4-го дня после операции с применением НИЛИ с длиной волны 870 нм, длительностью импульса 150 нс, при мощности в импульсе до 8 Вт. Облучали корпоральные точки. Рецепты точек составляли соответственно клиническим признакам двигательного дефицита. Курс лечения состоял из 7-12 сеансов длительностью 10-12 минут.

Показатели ППР определяли с помощью прибора «Plasmon SPR 05», разработанного и изготовленного сотрудниками Института физики полупроводников НАНУ. Исследование проводили в динамике: в дооперационном периоде, после хирургического удаления опухоли и после курса лазерного воздействия.

Результаты. У пациентов с ГГМ II, II—III ст. зл. исходный уровень показателей ППР был выше, чем у пациентов с ГГМ III, III—IV, IV ст. зл. В результате курса НИЛИ наблюдалось снижение показателей ППР крови у пациентов с ГГМ II и II—III ст. зл., и повышение их у пациентов с ГГМ III, III—IV, IV ст. зл. НИЛИ обладает модифицирующим действием на мембраны клеток крови. При использовании НИЛИ у пациентов с ГГМ наблюдался регресс двигательных нарушений в более ранние сроки. Результаты лечения оценивались по разработанной нами шкале (Патент Украины № 43758А, 2001 г.), которая в более полном объеме позволяет оценить качество жизни больных с опухолями головного мозга и шкале Карновского.

Выводы. После проведения курса НИЛИ количество больных с индексом 70 баллов и выше по шкале Карновского увеличилось на 37,2%, а со «средним и высоким» уровнем КЖ по шкале социально-психологической адаптации увеличилось на

39%. Использование НИЛИ у больных с ГГМ в раннем послеоперационном периоде способствует повышению КЖ. Данные ППР коррелируют с показателями КЖ, и могут быть использованы в качестве объективного критерия при оценке КЖ у больных с ГГМ.

Принципы построения методик восстановительного лечения у больных с глиомами головного мозга

Розуменко В. Д., Хорошун А. П.

Институт нейрохирургии им. акад.

А. П. Ромоданова АМН Украины.

04050, Украина, г. Киев, ул. Мануильского, 32.

Тел./факс: 483-92-19,

e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua.

Цель. Повышение качества жизни (КЖ) больных с глиомами головного мозга (ГГМ) с использованием послеоперационного восстановительного лечения (ВЛ).

Материалы и методы. Работа основана на материале 142 оперированных больных с глиомами супратенториальной локализации II, III, IV ст. зл.

Результаты и их обсуждение. Эффективность ВЛ возможна только в случае применения адекватных методов восстановительной терапии, включающих медикаментозные средства, физиотерапевтические методы, массаж, лечебную физкультуру, психологический подход, а также, правильного выбора необходимого раздражителя с учетом состояния больного, степени злокачественности опухоли, характера функциональных нарушений, сопутствующих заболеваний и т.д.

В связи с этим важное значение при построении методик ВЛ имеет использование принципов реабилитации: раннее начало применения методов ВЛ (физиотерапевтических, физических, медикаментозных); непрерывность и этапность процесса ВЛ; комплексного использования средств; предупреждения развития механизма спонтанного обучения; адекватности и динамической изменчивости, используемых средств. Также, необходим психологический подход, использующий принципы сознательности, активности, наглядности, доступности, индивидуального подхода к личности, ориентации на нормы и ценности больного, а не только на социально принятые правила и нормы.

Заключение. Как показали результаты проведенных нами исследований, после проведенных лечебных мероприятий, включающих хирургическое удаление опухоли, курс ВЛ, процент больных с дооперационным индексом по шкале Карнавского 60 баллов и ниже уменьшился с 52,7% до 15,5%; в то же время процент больных с дооперационным индексом по шкале Карнавского 70 баллов и выше увеличился с 43,3% до 84,5%. И если до операции преобладали больные тяжестью состояния которых по шкале социально-психологической адаптации соответствовала низкому уровню-51,3%, то в результате проведенных лечебных мероприятий, включающих хирургическое удаление опухоли и курс ВЛ, процент таких больных при выписке уменьшился до 12,3%; в то же время процент больных с высоким и средним уровнями возрос с 48,7% до 87,7%. Следование принципам реабилитации, при построении методик ВЛ для больных с ГГМ, является залогом успешного проведения восстановительных мероп-

ятий, обеспечивает возможность восстановления профессиональной деятельности, а следовательно способствует повышению КЖ.

Олігоастроцитома: чинники, що визначають якість життя хворого

Ключка В. М., Розуменко В. Д.

Институт нейрохирургии им. акад.

А. П. Ромоданова АМН Украины,

04050, м. Київ, вул. Мануїльського, 32.

Тел.: 80444839219, e-mail: roz.vlad@neuro.kiev.ua

Вступ. Олігоастроцитоми (ОА) складають від 6 до 11% усіх гліом півкуль великого мозку. Своєрідність топографо-анатомічних та гістобіологічних особливостей ОА обмежує можливості їх хірургічного лікування і потребує аналітичного вивчення та оцінки факторів, що впливають на хірургічну тактику, оптимізують її вибір, знижують ризик операції і в решті-решт визначають якість життя хворих.

Метою роботи було вивчити патоморфологічні, клінічні та параклінічні особливості ОА, які впливають на якість життя пацієнтів з даною патологією.

Матеріали та методи. До нашої вибірки потрапило 120 хворих на супратенторіальну ОА, яку верифіковано гістологічним дослідженням. Всім проведено КТ і/чи МРТ. У 22 пацієнтів проводилася сцинтиграфія. Всі пацієнти пройшли оперативне лікування — тотальне або субтотальне видалення пухлини, критерієм радикальності служили результати КТ чи/і МРТ, проведені в перші 24 години після операції. 60% прооперованих пацієнтів пройшли курси променевої та хіміотерапії. Якість життя до і після операції оцінювалася за шкалою Карновського.

Результати та обговорення. Результати проведеного дослідження показали, що виживання та якість життя пацієнтів знаходилося в прямій залежності від клінічних проявів захворювання та отриманого лікування. Середній період безрецидивного виживання склав 2—3 роки. Середній період загального виживання — 5—6 років. У чоловіків ці періоди були довшими, ніж у жінок — відповідно 3—4 та 6—8 років для чоловіків і 1—2 та 4—5 років для жінок. А ось вік хворих на виживання суттєво не впливав. Наявність судомних нападів була сприятливим прогностичним фактором — термін загального виживання при наявності судомного типу перебігу захворювання склав 6—7 років, а при гіпертензійному та судинному — 4—5 років. Простежувалася залежність між даними КТ/МРТ та кінцевим результатом захворювання — виживання було довшим у пацієнтів, в яких накопичення контрасту було незначним — 7—8 років проти 4—5 при доброму контрастуванні. Відсутність ділянок некрозу, мітозу та судинної проліферації в патоморфологічних препаратах теж сприятливо корелювала з прогнозом захворювання. Кількість хворих з доопераційним індексом Карновського 60 балів і нище зменшилась з 35% до 4%, а з індексом Карновського 70 балів і більше зросла з 65% до 96%.

Висновки. ОА мають цілий ряд патоморфологічних ознак, клінічних проявів, даних нейровізуалізуючих методів обстеження, які в значній мірі визначають перебіг захворювання, тривалість загального виживання хворих з ОА, тактику лікування та якість їх життя в цілому.