

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.