

## Якість життя хворих з метастатичними пухлинами головного мозку в післяопераційному періоді

Сірко А. Г.

Дніпропетровська державна медична академія,  
Дніпропетровська обласна клінічна лікарня  
ім. І.І. Мечникова, Дніпропетровськ,  
пл. Жовтнева 14., 49005, 8-0562-7135113,  
neurosirko@ua.fm

**Мета.** Провести аналіз якості життя хворих з метастатичними пухлинами головного мозку (МППГМ) в післяопераційному періоді залежно від радикальності оперативних втручань.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз результатів лікування 164 хворих на МППГМ, що знаходились на лікуванні у Дніпропетровській обласній клінічній лікарні. Для об'єктивізації тяжкості стану хворих ми використовували модифіковану в Київському інституті нейрохірургії шкалу Карновського. Серед обстежених нами хворих величини індексу Карновського (ІК) тільки у 6,1% випадків становили 50 балів, у 29,9% дорівнювали 60 балам, у 50% — 70 балам, у 14% — 80 балам. У 59 хворих МППГМ були виявлені в різні терміни з часу діагностики первинної пухлини (метакронні метастази), а в 45 — одночасно з первинною пухлиною (синхронні метастази). Найчастіше первинна пухлина була розташована в легенях (у 33,7% хворих). Метастази раку грудної залози були діагностовані у 19,2% хворих, меланоми шкіри — у 18,3%, раку товстої кишки — у 9,6%. Метастатичне ураження головного без верифікованого первинного джерела діагностовано у 60 хворих.

У 152 хворих діагностовані поодинокі, а у 12 — численні метастази. Найчастіше поодинокі метастази були розташовані у великих півкулях (73,7%), і тільки у 26,3% — в мозочку і стовбурі мозку. Серед хворих з поодинокими метастазами найчастіше (у 87,5%) виконувалось візуально повне видалення пухлини, у 9,9% — субтотальне і тільки у 2,7% — часткове. Численні метастази одночасно видалені у 9 хворих, причому у 4 з них це вдалося виконати з одного трепанацийного вікна. Хворій з метастазами, розташованими супра — та субтенторіально, а також 4 хворим із двосторонніми метастазами виконано по дві трепанациї під час однієї операції. У два етапи метастази видалені одному хворому, а двом іншим хворим видалили тільки один метастатичний вузол, що зумовлював клінічну картину на момент операції.

**Результати та їх обговорення.** Після видалення МППГМ у післяопераційному періоді померло 8 хворих із поодинокими та один хворий з численними метастазами. Найчастіше причиною летальності були: крововилив у залишки пухлини (у 3 хворих), набряк і дислокація стовбурових відділів мозку внаслідок операційної травми (у 2 хворих), реакція мозку на резидуальні ділянки пухлини — в одному випадку. У хворого з численними метастазами причиною смерті було наростання набряку мозку з дислока-

ційним синдромом, зумовленого 3 метастатичними вузлами, що залишилися невиданими.

Середній індекс Карновського до операції у хворих з поодинокими метастазами дорівнював  $67,6 \pm 0,6$ , а після операції  $75,9 \pm 0,6$  ( $p < 0,001$ ). Необхідно відзначити, що поліпшення якості життя в ранньому післяопераційному періоді було найбільш виражене при тотальному видаленні поодиноких метастазів, де ІК зростає більше порівняно з субтотальним і частковим видаленням, після яких якість життя також підвищувалась, але різниця між ІК до операції і після операції була не вірогідною ( $p = 0,3$ ).

Середній ІК до операції у хворих з численними метастазами дорівнював  $64,5 \pm 2,5$ , а після операції —  $75,4 \pm 1,6$  ( $p = 0,008$ ). Необхідно відзначити, що видалення всіх метастатичних вузлів під час однієї операції призводило до покращення якості життя хворих вже в ранньому післяопераційному періоді.

**Висновки.** Підвищення радикальності хірургічного втручання при поодиноких і численних метастазах не тільки зменшує його ризик, але і покращує якість життя хворих в ранньому післяопераційному періоді.

## Оценка качества жизни пациентов после радиохирургического лечения опухолей мосто-мозжечкового угла головного мозга

Sramka M., Trompak O.,  
Kralik G., Viola A.

Клиника стереотаксической радиохирургии  
Онкологического института и Университета  
здравоохранения и социальной работы  
Святой Елизаветы, Братислава, Словакия,  
811 51 Bratislava, Heydukova 10, Slovakia,  
tel.: 00421 904 700 610,  
e-mail: msramka@ousa.sk

Целью работы является оценка качества жизни больных после радиохирургического вмешательства в области мосто-мозжечкового угла (ММУ).

Анатомические взаимоотношения в ММУ между стволом головного мозга и V, VII, VIII, IX, X, XI, XII ЧМН определяют специфические условия во время лечения опухолей в этой области (Samii M., Matthies C., 1997).

Осложнения, а также инвалидизация пациентов (Pollock B., Lunsford L.D. 1998) стимулировали нас к применению в лечении этих больных методов стереотаксической радиохирургии, которые обеспечивают контроль опухолевого роста и сохраняют функции мозговых структур (Flickinger J.C., Lunsford L.D. 2004).

Несмотря на использование во время хирургических вмешательств микрохирургической техники, интраоперационной электромиографии, мониторинга вызванных слуховых потенциалов, в большем проценте случаев имело место повреждение лицевого и вестибуло-кохлеарного нервов (Mendenhall W.M., Friedman W.A., 2004).