

составил 0,52, в атипических 1,36 и анапластических МГМ — 3,80.

Экспрессия Ki-67 (наиболее чувствительного индекса клеточной пролиферации) в типических МГМ составила $2,1 \pm 0,6\%$, в атипических МГМ $8,4 \pm 3,5\%$ и резкое повышение наблюдалось в анапластических МГМ — $21,7 \pm 5,7\%$, что доказывает высокий пролиферативный потенциал быстрорастущих (пролиферирующих) МГМ, несмотря на низкую их митотическую активность (табл.).

Клинические особенности и показатели молекулярно-биологических маркеров в различных типах менингиом головного мозга

Выводы. Таким образом, повышенная экспрессия ингибитора апоптоза и пониженная экспрессия проапоптозного фактора отражают снижение процесса генетически запрограммированной гибели клеток в МГМ, особенно в пролиферирующих (атипической и анапластической) МГМ по сравнению с таковыми в типических (непролиферирующих) МГМ и контрольной ТМО. Одновременно в пролиферирующих МГМ резко повышена экспрессия генов пролиферации клеток. Прогрессия МГМ определяется не только пролиферативной активностью опухолевых клеток, но и процессами гибели опухолевых клеток, путем терминальной дифференцировки, апоптоза и некроза. Для прогнозирования опухолевого процесса необходим комплексный подход, основанный на сравнительной оценке уровней пролиферации и различных вариантов клеточной гибели.

Качество жизни больных, оперированных по поводу невринома слухового нерва

Чудакова И.В.

*Нижегородская государственная
медицинская академия*

*Нижний Новгород, 603005, пл.Минина, 10/1,
(8312) 438-95-67; e-mail: vrg@yandex.ru*

Целью работы явилось исследование качества жизни больных, прооперированных по поводу невринома слухового нерва (НСН).

Материалы и методы. Наблюдалось 30 пациентов с односторонними НСН. Изучение показателей качества жизни проводилось с применением русскоязычного адаптированного варианта опросника Functional Assessment of Cancer Therapy for patients with brain tumor (лицензия Center on Outcomes, Research and Education, Evanston, Illinois, USA) до и через 3 месяца после оперативного удаления опухоли. Анализировались показатели физического благополучия, благополучия в социальных и семейных взаимоотношениях, эмоционального благополучия, благополучия в повседневной жизни, а также комплексные показатели качества жизни.

Результаты. Показатели шкал благополучия в социальных/семейных взаимоотношениях и эмоционального благополучия у больных НСН как перед оперативным лечением, так и через 3 месяца после него оказались статистически значимо более низкими, чем приводимые разработчиками шкалы показатели здоровых лиц ($p < 0,05$). Несмотря на тотальное удаление опухоли у подавляющего числа (88%) больных, средние показатели качества жизни пациентов после оперативного лечения не повысились. Полученные результаты можно объяснить тем, что НСН чаще всего диагностируются лишь спустя несколько лет после возникновения опухоли, развитие которой сопровождается снижением слуха и развитием косметического дефекта из-за недостаточности функции лицевого нерва, а также нередко и нарушениями фонации, жевания, глотания. Большинство из указанных расстройств в той или иной мере сохраняется и после оперативного удаления опухоли, что препятствует восстановлению психологического и социального благополучия пациентов.

Выводы. Для больных НСН характерно снижение благополучия в социальной и психологической сферах жизнедеятельности, в большинстве случаев сохраняющееся и после оперативного удаления опухоли. Улучшению качества жизни больных может способствовать ранняя диагностика НСН, а также психологическая помощь в психологической адаптации пациентов к возникшему у них стойкому неврологическому дефициту.