

снижение функции лицевого нерва с хорошим потенциалом восстановления в течение 1—12 месяцев. Несмотря на сохранение анатомической целостности лицевого нерва 13 больных (19,69%) отмечали стойкую его дисфункцию (3—4 ст. по шкале House-Brackmann).

Лицевой нерв был анатомически поврежден во время оперативного вмешательства в 8 случаях (10,81%). Снижение сохранение анатомической целостности лицевого нерва было отмечено в случаях кистозных опухолей данной локализации.

В целях снижения послеоперационной дисфункции лицевого нерва 21 больным (28,38%) была проведена хирургическая коррекция, заключающаяся в экстракраниальной реиннервации его ствола.

Функция лицевого нерва изучена у 15 больных (71,43%) после проведения хирургического восстановления его функции методом реиннервации. Первые признаки восстановления лицевого нерва появлялись спустя 4—6 месяцев после операции. Заметное улучшение мышечного тонуса и симметрии лица наступало спустя 12—14 месяцев.

Таким образом, применение хирургической коррекции при послеоперационной дисфункции и повреждении VII пары методом реиннервации, обеспечило раннее восстановление его функции у 13 (86,66%) из 15 больных и повысило качественно жизнь и социальную адаптацию больных с опухолью мосто-мозжечковой локализации.

### **Результаты хирургического лечения больных с менингиомами головного мозга с применением лазерного излучения**

*Олешкевич Ф. В., Федулов А. С., Шамкалович А. В., Сакович И. И., Коновалов П. В.*

*Белорусский государственный медицинский университет, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, пр. Дзержинского 83, 9-я городская клиническая больница г. Минска.*

*220116 Республика Беларусь, г. Минск, ул. Семашко 8. Тел.: +375172707295, +375296408664, e-mail: ashamcalovich@mail.ru*

**Цель работы.** На основе клинического, инструментального исследований разработать комплексную систему лечения больных с менингиомами головного мозга с применением углекислотного и диодного лазеров.

**Материалы и методы.** С этой целью в клинике нейрохирургии БГМУ использовался углекислотный лазер с длиной волны 10,6 мкм, совмещенный с операционным микроскопом и диодный лазер со световолокном «ДИОЛАЗ-810» (длина волны 810 нм). Прооперировано 28 больных, с менингиомами различных локализаций (из них 6 конвексиальных, 11 менингиом основания черепа, 8 парасагитальных и 3 менингиомы задней черепной ямки). Средний возраст больных составил 50,5 лет. В процентном отношении преобладали женщины (82,2%). При удалении микрохирургическая лазерная техника использовалась на основных этапах вмешательства с учетом особенностей локализации опухоли и ее взаимоотношений со смежными анатомическими образованиями в тех случаях, когда лазерная методика представляет

преимущества перед общепринятыми методами с использованием традиционного инструментария. Двое больных с атипичными менингиомами прошли курс лучевой терапии.

**Результаты и обсуждение.** Отслежен катамнез больных, прооперированных с применением лазера. Общемозговая симптоматика отмечалась у 12,5% больных. Парезы в конечностях и судороги наблюдались у 8,7% больных. Зрительные нарушения сохраняются у 21,7% пациентов, в то же время, необходимо отметить, что у 80% из этого числа наблюдается положительная динамика после проведенной операции. В основном, это менингиомы селлярной области. Инвалидности нет у 39,2% пациентов, у 4,3% — 1 группа, у 21,7% — 2 группа, у 34,8% — 3 группа инвалидности. По шкале качества жизни Карновского средний уровень составил 91,6% (нижний 60%, верхний — 100%). Повторно был прооперирован 1 больной с менингосаркомой через 4 месяца после первой операции.

**Вывод.** Таким образом, по нашим наблюдениям использование углекислотного лазера позволяет увеличить радикальность удаления менингиом головного мозга, снизить травматичность хирургических манипуляций, предупредить интраоперационное кровотечение.

### **Результаты хирургического лечения больных с аденомами гипофиза с применением лазерного излучения**

*Олешкевич Ф. В., Шамкалович А. В., Федулов А. С., Сакович И. И., Сельский М. С.*

*Белорусский государственный медицинский университет, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, пр. Дзержинского 83, 9-я городская клиническая больница г. Минска, 220116, Республика Беларусь, г. Минск, ул. Семашко 8, тел: +375172707295, +375296408664, e-mail ashamcalovich@mail.ru*

**Цель работы.** Изучить возможности применения углекислотного лазера при удалении аденом гипофиза при различных доступах.

**Материалы и методы.** В клинике нейрохирургии БГМУ, вид доступа (субфронтальный или трансфеноидальный) определялся в зависимости от размеров аденомы гипофиза, характера и особенностей ее роста, нейроофтальмологических нарушений, а также данных рентгенографии турецкого седла. При значительном супраселлярном распространении опухоли ее удаляли из субфронтального доступа (17 проведенных операций). Из трансфеноидального доступа прооперировано 16 больных. Средний возраст составил 43,1 года. В процентном отношении мужчин было — 60,6% (23 пациента), женщин — 39,4% (13). При оперативных вмешательствах использовали углекислотный (длина волны  $\lambda=10,6$  мкм) и диодный лазер ( $\lambda=810$  нм). Лазерное излучение использовалось для создания окна в клиновидной пазухе при трансфеноидальном доступе, для вскрытия твердой мозговой оболочки и капсулы опухоли. Дополнительно оставшаяся часть капсулы облучалась дефокусированным лазерным лучом. Пятерым больным при трансфеноидальном доступе проведен курс фотодинамической терапии с фотосенсибилизатором

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