

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 невидаленими.

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 большом проценте случаев имело место повреждение лицевого и вестибуло-кохлеарного нервов (Mendenhall W.M., Friedman W.A., 2004).

У больных с рецидивуючими менингеомами имеют место интраоперационные ишемические и геморрагические осложнения, травмирование черепно-мозговых нервов, высокая интра- и послеоперационная летальность (Engehard R., Kirming B.N., 1990).

Из 200 пациентов с опухолями ММУ невриномами VIII пары черепно-мозговых нервов имели место у 100 случаях, невринома лицевого нерва — у 3, менигеомы — у 66, хемодектомы — у 15, другие опухоли диагностированы у 14 больных. После хирургического лечения опухолей ММУ качество жизни больных оценивается редко (Kodziolka D., Lansgdorf L.D., 2003). Мы изучали качество жизни пациентов до и после операции с облучением опухолей и критических структур мозга. Наша шкала оценки состояния пациента включает изучение функции черепно-мозговых нервов, определение профессиональных способностей, возможности осуществления общественной деятельности, культурной и спортивной жизни больного. Контрольное обследование пациентов проводилось через 6 месяцев и в каждый последующий год в течение 10 лет.

Качество жизни пациентов с парасагиттальными менигиомами, оперированных с использованием новых лазерных технологий

Ступак В.В., Чернов С.В.

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий», Новосибирск, 630091, ул. Фрунзе 17, тел. 8 (383) 224-47-31, E-mail: SChernov@niito.ru

Цель исследования: оценить качество жизни у пациентов, оперированных по поводу парасагиттальных менигиом с помощью разработанных оригинальных лазерных технологий.

Материалы и методы: Nd-YAG лазер используется в клинике нейрохирургии Новосибирского НИИТО с 1995 г. Данный вид лазерного излучения проникает в ткани менигиомы до 0,5 см и оказывает выраженное коагулирующее воздействие. Нами прооперировано 156 пациентов с парасагиттальными менигиомами. Они были разделены на 2 группы: исследования (с применением лазерных технологий) — 90 больных и группа сравнения (оперированных традиционными методами) — 66 человек. Nd-YAG-лазер использовался при коагуляции и абляции паренхимы опухоли, обработке матрикса, верхнего сагиттального синуса и костного лоскута при его вовлечении в опухолевый процесс.

Результаты и обсуждения: Оценка качества жизни проводилась по шкале Карновского (Karnofsky D.A., Borchenal J.H., 1949). Балльное выражение качества жизни в обеих группах при поступлении оценивалось в среднем в 61 балл и статистически не различалось. После операции наблюдалось снижение этих показателей, более выраженное у пациентов, оперированных традиционными методами — до 54,84 баллов по сравнению с исследуемой

группой — 59,88 баллов. Суммарный показатель перед выпиской у больных, оперированных с использованием лазера, был статистически выше и составил в среднем 71,29 баллов, по сравнению с контрольной группой — 62,42 балла. Изучение результатов оперативного лечения в сроки до 3-х лет показало дальнейший регресс неврологического дефицита, отсутствие эпилептиформных и увеличение индекса до 77,4 баллов в исследуемой группе и до 66,72 баллов в группе сравнения.

Выводы: использование Nd-YAG лазера с длиной волны 1,06 мкм, мощностью 45—60 Вт является эффективным методом удаления менигиом головного мозга сложной локализации, способствует быстрому и более полному восстановлению в послеоперационном периоде и приводит к улучшению качества жизни.

Качество жизни у больных с менигиомами основания черепа, оперированных с использованием ND-Yag-лазера

Ступак В.В., Калиновский А.В.

ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий», Новосибирск, 630091, ул. Фрунзе 17, т. 8 (383) 224-47-31, E-mail: AKalinovsky@niito.ru

Цель. Оценка качества жизни пациентов с менигиомами основания черепа в дооперационном и послеоперационном периоде, пролеченных с использованием лазерных технологий.

Материалы и методы. Было прооперировано 176 человек с менигиомами основания черепа. В 136 случаях на этапе удаления опухоли и обработки источника роста применялся Nd-Yag-лазер с длиной волны 1,06 мкм, мощностью 60 Вт. В контрольной группе (40 человек) удаление выполнялось традиционными методами.

Результаты. Проводилась оценка общего состояния пациентов (использовалась модифицированная шкала Карновского (Karnofsky Performance Index) (Karnofsky D.A., Borchenal J.H., 1949; O'Dell M.W., Lubeck D.P., 1995)) до операции, на момент выписки больного из стационара (12—15 суток после операции), и в отдаленном послеоперационном периоде (в сроки от 1 до 15 лет). В дооперационном периоде средний балл в экспериментальной группе составил 78 баллов, в контрольной группе — 76 баллов. При выписке средний балл в экспериментальной группе составил 67 балла, в контрольной группе — 61 балл. В отдаленном послеоперационном периоде средний балл качества жизни в контрольной группе составил 65 баллов, в экспериментальной 73 балла.

Качество жизни снижалось в основном за счет усугубления исходной очаговой неврологической симптоматики и присоединения дополнительного неврологического дефицита, который регрессировал в позднем послеоперационном периоде (оценка проводилась в сроки до 3-х лет после операции).