

среди 48, (8,4%), ( $p=0,0371$ ). В основной группе первичные оперативные вмешательства выполнены 124 пациентам, в контрольной – 60 пациентам. Рецидивы обнаружены у 3 человек (2,4%) в основной и у 3 человек (5%) в контрольной группе. Случаи продолженного роста (после субтотального удаления) зафиксированы у 4 пациентов (3,2%) в основной и у 4 пациентов (6,7%) в контрольной группе. Средний срок возникновения рецидивов и продолженного роста в основной группе составил 50,3 и 51,5 месяцев, а в контрольной группе 16,4 и 29,5 месяцев соответственно. До операции средний балл качества жизни в основной и контрольной группах были 72,76 и 73,15 баллов соответственно,

на момент выписки 70,59 и 68,20 баллов, и через 1 год после операции 76,99 и 76,62 балла соответственно.

Таким образом, применение ND-YAG-лазера при хирургии менингиом основания черепа уменьшает интраоперационную кровопотерю, повышает радикальность оперативного лечения, уменьшает риск рецидивирования и продолженного роста опухолей, при этом не ухудшает качество жизни в раннем и позднем послеоперационном периоде, не приводит к дополнительной травматизации черепно-мозговых нервов по сравнению с общепринятыми методами хирургического лечения.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДСКОПА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КРАНИОФАРИНГИОМ

*Г.М. Кариев, У.У. Алтыбаев, Ж.Б. Якубов, У.М. Асадуллаев  
Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Узбекистан*

**Актуальность.** С внедрением в практику эндоскопической техники, возможности пункционного метода расширились, и стало возможным более качественно проводить операции при краниофарингиомах, локализующихся в желудочковой системе. Видеоэндоскопический метод позволил визуализировать все этапы операции, полноценнее удалять кистозный фрагмент опухоли и проводить адекватный гемостаз.

Нейроэндоскопия показала большую универсальность в лечении интра и паравентрикулярных краниофарингиом. Она может быть использована как самостоятельный метод для достижения тотального удаления опухолей, для дренирования кистозных опухолей, и в качестве ассистирующей, в комбинации с микрохирургией, или в сочетании с дополнительными методами, как радиохирургия или интراكистозное введение лекарственных препаратов.

Основными преимуществами эндоскопического метода являются минимальная агрессивность, безопасность, и эффективность.

**Целью** настоящей работы явилось улучшение результатов хирургического лечения краниофарингиом с применением эндоскопических методов.

### **Материал и методы исследования.**

Работа основана на результатах наблюдений над 22 больными с краниофарингиомами, находившихся на хирургическом лечении в

Республиканском Научном Центре нейрохирургии МЗ РУз в период с 2002 по 2008 годы. Всем больным было произведена эндоскопическая эвакуация краниофарингиом с фенестрацией стенки кисты и сообщением с желудочками и цистернами головного мозга.

Возраст больных колебался от 2 до 63 лет. По полу больные распределились следующим образом: лиц женского пола – 11 (50%), – мужского 11 (50%).

### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Из всех 22 больных, оперированных эндоскопическим методом, у 15 были получены хорошие результаты. У 3 больных состояние осталось на прежнем уровне, у 1 больного отмечалось ухудшение состояния. Количество рецидивов в данной группе отмечалось у 7 больных. Все больные были повторно оперированы. У 3 больных в дальнейшем в отдаленные сроки развилась гипертензионная симптоматика и они были подвергнуты шунтирующим операциям (вентрикулоперитонеостомия в 2 случаях и вентрикулоцистерностомии по Торкильдсену в одном). У 2 больных, оперированных эндоскопическим методом отмечалась послеоперационная ликворея.

В зависимости от вариантов роста, состава краниофарингиом мы провели сравнение результатов лечения и исходов.

Из всех больных значительное улучшение отмечалось у больных с кистозными краниофарингиомами 81,8%, при смешанной форме улучшение наступило у 50%. У одного больного с преимущественно солидной краниофарингиомой после операции также отмечалось улучшение. Но вскоре больной повторно обратился в стационар с рецидивом болезни. Сравнивая результаты лечения на основе анатомических вариантов, то видно, что лучшие результаты достигнуты при краниофарингиомах интравентрикулярной локализации 80%, затем экстраинтравентрикулярной локализации 66,7% и при гигантских краниофарингиомах 50%.

В процессе лечения оценивалось общее состояние больных на основании результатов клинично-лабораторных и инструментальных методов исследования, включая МРТ, оценку зрительных функций. До операции и перед выпиской определялся неврологический статус пациента, при этом особое внимание отводилось оценке уровня качества жизни по

шкале Карновского. При поступлении качество жизни больных по шкале Карновского составляла в среднем 50,9 балла, в момент выписки 65,9. В дальнейшем также отмечалось постепенное увеличение качества: от 6 до 12 месяцев 69,3, от 1 до 3 лет 72 и от 4 до 5 лет 80 баллов.

#### **Заключение:**

1. Эндоскопический метод может применяться как первичный при интравентрикулярных краниофарингиомах с преимущественно кистозным строением. При таком варианте краниофарингиом эндоскопический метод дает наиболее лучшие результаты и стойкую ремиссию.
2. Из-за сообщения краниофарингиальных кист с полостью желудочков и цистернами риск развития воспалительных осложнений высок. Поэтому такие операции должны проводиться на фоне комплексной антибиотикотерапии и при необходимости эндолумбального введения антибиотиков в послеоперационные сроки.

## **ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ АДЕНОМЕ ГИПОФИЗА**

*А.Т. Касымханова, Д.О. Бекова, И.В. Джумагалиева*

*Республиканский научный центр нейрохирургии, Астана, Казахстан*

Среди всех опухолей, поражающих гипофиз, аденома занимает первое место. По литературным данным (1,2) аденома гипофиза составляет 10% среди всех опухолей головного мозга. Обычно аденома гипофиза встречается у лиц 30-40 лет, чаще у женщин.

Целью нашей работы явилось выявление офтальмологической симптоматики у больных аденомой гипофиза по данным клиники АО «РНЦНХ».

Всего было обследовано 13 пациентов с аденомой гипофиза. Среди них женщин было 9, мужчин 4. Возраст больных колебался от 16 до 67 лет. Наибольший процент (64,5 %) составили больные аденомой гипофиза в возрасте от 30 до 50 лет.

Всем больным проводилось полное офтальмологическое обследование: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, авторефрактометрия, автопериметрия на оборудовании фирмы «Carl zeiss Meditec».

Понижение остроты зрения разной степени выраженности в сочетании с изменениями со стороны полей зрения выявлено у всех наблюдаемых пациентов. В 5 случаях (13,8%)

у больных аденомой гипофиза отмечался односторонний амавроз. Изменения со стороны полей зрения чаще всего проявлялись в виде дефектов височных половин полей зрения: у 7 пациентов (53 %) выявлена битемпоральная гемианопсия. У 1 пациента (7 %) вследствие низкой остроты зрения ( $vis = \text{счет пальцев у лица}$ ) поле зрения определить не удалось.

При офтальмоскопии у всех пациентов выявлено вследствие развития первичной нисходящей атрофии зрительных нервов побледнение дисков преимущественно в височной половине. Помимо зрительных расстройств у 1 больного выявлено наличие глазодвигательных нарушений в виде одностороннего полного птоза.

Таким образом, в результате обследования пациентов с аденомой гипофиза на базе клиники АО «РНЦНХ» можно сделать предварительное заключение, что средний возраст больных составляет 30-50 лет и чаще болеют женщины. Из офтальмологических симптомов для аденомы гипофиза наиболее характерны изменения полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии и первичная нисходящая атрофия зрительного нерва.