

Балкарской филологии с результатами $4,37 \pm 1,3$ мм и отклонением от нормы 12,8 %.

Анализ полученных результатов в индивидуальных показателях положения ЦД проведенных стабиллографических исследований свидетельствует о недостаточном развитии функции равновесия и наличии отдельных нарушений со стороны ОДА у 20 % обследованных.

УДК 616.831-006-07

И.В. Базян, В.П. Омельченко, А.А. Магомадов, Ф. Шарфетдин Карам

**СТАБИЛОГРАФИЯ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СХЕМЕ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ
БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Злокачественные глиомы составляют около 60 % от всех первичных опухолей центральной нервной системы. Инфильтративный характер их роста, трудности радикального удаления, остающееся неудовлетворительное качество жизни больных после операции и курсов комбинированного лечения заставляют проводить поиск методов регистрации качества их жизни и прогностических критериев длительности безрецидивного периода.

Клинические симптомы, обусловленные локализацией и объемом опухоли, как правило, складываются из общемозгового, пирамидного эписиндрома очаговой симптоматики. В случае расположения опухоли в подкорковых структурах и стволе мозга формируются экстрапирамидные нарушения в виде синдрома паркинсонизма. Эти клинические проявления встречаются как у больных с опухолями долей полушарий головного мозга, так и при локализации их в базальных ганглиях (А.С. Балаклеец, 2003).

Имеющимися комплексными электрофизиологическими методами (регистрацией вызванных потенциалов, ЭЭГ) стало возможным проводить оценку степени изменения функционального состояния головного мозга и прежде всего ствольных и подкорковых структур. По-прежнему представляет интерес оценка статокинетической функции в динамике комбинированного лечения глиальных опухолей головного мозга.

Одним из известных методов оценки стато-кинетической функции головного мозга является компьютерная стабиллография (В.Ю. Чербилло, 1996). Компьютерная стабиллография позволяет выявить начальные изменения нарушения равновесия при опухолях головного мозга даже в тех случаях, когда традиционными методами диагностика их затруднена. После оперативного удаления опухолей головного мозга в ближайшем послеоперационном периоде уровень нарушений статокинетических показателей возрастает. Регресс нарушения равновесия наступает к 2 месяцам после удаления супратенториальных опухолей и к 6 месяцам после удаления субтенториальных опухолей. В случае сохранения данных нарушений после вышеуказанного срока свидетельствует о наличии продолженного роста опухоли. Кроме того, в литературе описаны дифференциально-диагностические критерии, позволяющие различать расстройства равновесия в зависимости от локализации опухолей головного мозга.

Все изложенное выше позволяет рассматривать метод компьютерной стабиллографии как один из способов объективной оценки качества жизни больных с глиальными опухолями головного мозга.

Материал и методы: объектом исследования стали 12 больных с глиальными опухолями больших полушарий головного мозга, находившихся на стационарном лечении в отделении нейрохирургии ГУЗ РОКБ. Диагноз был подтвержден методами нейровизуализации (СКТ, МРТ), гистологическая верификация осуществлялась с использованием светоптической микроскопии.

Больные обращались на прием к районному неврологу с жалобами на головную боль, слабость в конечностях, наличие приступов потери сознания, слабости и шаткости при ходьбе, снижением памяти, внимания. На СКТ или МРТ подтверждался диагноз внутри-мозговой опухоли головного мозга, больные поступали в стационар.

Среди больных мужчин 4 человека, женщин – 8. Возраст больных от 26 до 67 лет (средний возраст – 47,8 лет). Первичных больных (в том числе с метастазом папиллярного рака): мужчин – 4, женщин – 4. Продолженный рост опухоли: у 2 женщин, мужчин – 1, остальные госпитализированы для повторного курса химиотерапии – 1 мужчина и 2 женщины.

По гистологическому типу опухолей головного мозга больные распределялись следующим образом:

Пилоцитарная астроцитома (местами анапластическая) – 1 (ж).

Глиобластома – м–2, ж – 2.

Тучноклеточная астроцитома – 1 (ж), 1 (м)

Анапластическая астроцитома – 3 (ж), 0 (м)

Метастаз папиллярного рака – 1 (ж).

Фибриллярная астроцитома – 1 (м).

По локализации: височная – 7, лобная (метастатическая) – 1, задний стык (теменной, височной и затылочной долей) – 1, теменная доля – 2, затылочная доля – 1.

Продолженный рост – 3.

Качество жизни оценивали по шкале Карновского и проводили компьютерную стабиллографию в предоперационном периоде, на седьмые-десятые сутки послеоперационного периода. При повторной госпитализации – перед проведением курса химиотерапии и через 14 дней после ее выполнения.

По шкале Карновского качество жизни больных составило 70 баллов – «способен к уходу за собой, но не может вести нормальный образ жизни или заниматься работой».

Стабиллографические показатели регистрировались у больных с умеренно выраженным неврологическим дефицитом, поскольку наличие глубоких парезов и параличей не позволяет выполнить исследование. Исследование выполняли с помощью компьютерного стабиллоанализатора с биологической обратной связью «Стабилан-01» (далее по тексту – стабиллоанализатор) и программно-методическом обеспечении (далее по тексту – ПМО) StabMed 2.05. ПМО предназначено для управления стабиллоанализатором; проведения обследований, их обработки и интерпретации результатов.

Диагностические методики позволяли осуществлять запись стабиллографического сигнала в один или несколько этапов, а также обработку записанных сигналов и выдачу заключения о проведенном обследовании. В обследовании пациентов использовались: тест Ромберга, стабиллографический тест, тест на устойчивость, исследование изометрического сокращения мышц ног.

УДК 616.831-006-07

И.В. Балязин, А.А. Магомадов, Н.Н. Шевченко, Ф. Шарафетдин Карам

СТАБИЛОГРАФИЯ И СУБПОПУЛЯЦИОННЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ГЛИАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В последние годы частота глиальных опухолей заметно возрасла и на первый план выходят глиобластомы, высококачественные астроцитарные глиомы как наиболее клини-