



УДК 616.831-006-089.168.1-06

Ш.Б. ГАФУРОВ¹, Н.Х. ХОЛИКОВ²¹Ташкентский институт усовершенствования врачей, 700007, Узбекистан, г. Ташкент, ул. Паркентская, д. 51²Республиканский научный центр нейрохирургии, индекс, Узбекистан, г. Ташкент, Мирзо-Улугбекский массив, Хумоюн, д. 40

Динамика неврологических нарушений у нейроонкологических больных в послеоперационном периоде

Гафуров Шухрат Бахтиярович — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник кафедры нейрореабилитации, тел. +99890 962 98 89**Холиков Нафас Худойбердиевич** — кандидат медицинских наук, ординатор отделения нейрореабилитации, тел. +99890 808 05 98, e-mail: shuhrat.1972@list.ru

В Республиканском научном центре нейрохирургии проведено динамическое наблюдение за 104 больными с опухолями головного мозга, проявлявшимися эпилептическими приступами. Освещены основные вопросы клинических проявлений, характера судорожного синдрома, особенностей изменений когнитивных функций у больных с данным патологическим состоянием. Проанализированы результаты хирургического лечения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. Динамическое исследование показало, что восстановление физических и/или когнитивных функций, а также урежение частоты и купирование приступов судорог достигнуто у большинства больных.

Ключевые слова: головной мозг, опухоль головного мозга, судорожный синдром, когнитивные функции, послеоперационный период.

Sh.B. GAFUROV¹, N.Kh. KHOLIKOV²¹Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education, 51 Parkentskaya St., Tashkent, Uzbekistan, 700007²Republican Scientific Center of Neurosurgery, 40 Khumoyun St, Mirzo-Ulugbek area, Tashkent, Uzbekistan

Dynamics of neurological disorders in neuro-oncological patients in the postoperative period

Gafurov Sh.B. — Cand. Med. Sc., Senior Researcher of the Department of Neuro-Rehabilitation, tel. +99890 962 98 89**Kholikov N.Kh.** — Cand. Med. Sc., resident doctor of the Department of Neuro-Rehabilitation, tel. +99890 808 05 98, e-mail: shuhrat.1972@list.ru

The Republican Scientific Center of Neurosurgery has carried out the dynamic observation of 104 patients with brain tumors and epileptic attacks. The article represents key issues of clinical manifestations, the nature of attacks, and the features of changes in the cognitive function in patients with this disease. The results of surgical treatment in the immediate and late postoperative periods were analyzed. The dynamic study showed that the restoration of physical and/or cognitive function, as well as decrease in the frequency of attacks and mild asthma, was achieved in the majority of patients.

Key words: cerebrum, brain tumor, convulsive syndrome, cognitive functions, postoperative period.

Новообразования головного мозга в динамике своего роста вызывают синдром сдавления мозга, приводящий к дислокации ствола, вклинению и смерти [1]. Поэтому первостепенными задачами, стоящими перед врачами-неврологами и нейроонкологами, являются своевременная диагностика опухоли головного мозга и оперативное лечение — удаление

новообразования и ликвидация сдавления мозга [2, 3]. Несмотря на наличие и доступность в современных условиях таких методов диагностики, как компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, оперативное лечение не всегда выполняется в оптимальные сроки и летальность после операции в различных учреждени-



ях достигает 20% и более [4-6]. В последние годы в связи с углубленным изучением вопросов клиники и диагностики, а также с развитием анестезиологии и реаниматологии, совершенствованием способов хирургического лечения удалось значительно улучшить результаты лечения данной категории больных [4]. В послеоперационном периоде эти пациенты часто имеют последствия в виде нарушения тех или иных функций ЦНС [7, 8].

Цель работы — изучение ближайших и отдаленных последствий у больных, оперированных по поводу опухолей головного мозга.

В Республиканском научном центре нейрохирургии проведено динамическое наблюдение 104 больных после оперативного лечения новообразований головного мозга различной локализации в сроки от 3 месяцев до 1 года. Мужчин было 54 (51,9%), женщин — 50 (48,1%). Возраст больных варьировал от 18 до 69 лет, средний возраст — 43,4 года.

Пациенты моложе 18 лет в исследование не включались. Не включались в исследование и больные старше 69 лет, так как они могли иметь возрастную когнитивную дисфункцию. Критерием исключения являлась и другие сопутствующие заболевания и состояния (ЧМТ, тяжелая соматическая патология, алкоголизм, ВИЧ-инфекция и др.), которые могли обуславливать неврологическую симптоматику у пациента.

Всем пациентам проводилось клиническое исследование, включающее изучение анамнеза, неврологический осмотр. Особое внимание уделялось наличию эпилептических приступов после перенесенной операции. Для комплексной оценки состояния больных использовались результаты контрольных КТ или МРТ головного мозга, данные электроэнцефалографии (ЭЭГ), нейропсихологического тестирования.

Когнитивные функции изучались с помощью Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCa-тест), которая содержит 11 заданий. Каждый пункт оценивался по балльной системе. Также проверялась ориентировка во времени и месте, анализировались восприятие, концентрация внимания, память и речь.

Результаты

Проанализировано течение ближайшего послеоперационного периода. Все пациенты были выписаны из стационара с рекомендациями дальнейшего наблюдения и лечения у невролога по месту жительства, соблюдения режима дня, труда и отдыха, исключения спиртных напитков.

В момент обращения в РНЦНХ у 58 (55,8%) больных отмечались различные очаговые неврологические симптомы, соответствующие зоне локализации опухоли, а также рассеянная неврологическая сим-

Таблица 1.
Динамика неврологических симптомов у оперированных нейроонкологических больных

Неврологические симптомы	Острый период	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Анизокория и нарушения зрачковых рефлексов	21 (36,2%)	21 (36,2%)	19 (32,8%)	16 (27,6%)
Асимметрия VII и XII пар черепных нервов	35 (60,3%)	29 (50,0%)	22 (37,9%)	17 (29,3%)
Вестибуло-дискоординаторные нарушения	37 (63,8%)	34 (58,6%)	27 (46,6%)	20 (34,4%)
Симптомы пирамидной недостаточности	39 (67,2%)	31 (53,4%)	31 (53,4%)	29 (50,0%)
Экстрапирамидная ригидность	21 (36,2%)	13 (22,4%)	9 (15,5%)	1 (1,7%)
Проводниковые нарушения чувствительности	11 (18,8%)	11 (18,8%)	7 (12,1%)	4 (6,9%)
Нарушения проприоцептивной чувствительности	7 (12,1%)	4 (6,9%)	3 (5,8%)	3 (5,8%)

Таблица 2.
Динамика развития симптоматической эпилепсии у обследованных больных

Вид припадков	Острый период	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Генерализованные припадки	41 (39,4%)	26 (25,0%)	26 (25,0%)	26 (25,0%)
Парциальные припадки	32 (30,8%)	11 (10,6%)	11 (10,6%)	11 (10,6%)
Вегетативно-висцеральные и двигательные автоматизмы	31 (29,8%)	6 (5,8%)	6 (5,8%)	6 (5,8%)



птоматика. Все пациенты с неврологической симптоматикой регулярно осматривались в послеоперационном периоде с частотой 1 раз в 3-6 месяцев. Неврологические нарушения и их динамика у исследованных больных представлены в табл. 1.

Эпилептический синдром отмечался у всех больных. Генерализованные судорожные тонико-клонические припадки развились в 41 (39,4%) наблюдении, парциальные соматомоторные — у 32 (30,8%) больных, височные (вегетативно-висцеральные и эпилептические автоматизмы) — у 31 (29,8%) больного. Динамика судорожного синдрома представлена в табл. 2.

Как показало катamnестическое наблюдение, состояние всех больных постепенно улучшалось. Имевшаяся неврологическая симптоматика в значительной степени регрессировала на протяжении 6-12 месяцев. Отмечено улучшение двигательных, чувствительных и координаторных функций. Стойкие нарушения в виде центрального гемипареза, больше выраженного в руке со снижением силы до 2-3 баллов и чувствительными расстройствами сохранились у 29 (50,0%) больных.

В двух наблюдениях (3,4%) отмечена гомонимная гемианопсия. Речевые нарушения сохранялись у 17 (29,3%) пациентов. Анализ влияния срока операции на исход заболевания показал, что чем раньше проводилось оперативное вмешательство, и при этом дислокационная симптоматика была минимально выраженной, тем менее выраженными были клинические изменения в отдаленном периоде. Эпилептические припадки в послеоперационном периоде сохранились у 43 (41,3%) из 104 больных. У 8 (7,7%) из них это были ночные судорожные приступы, в 3 (5,2%) наблюдениях отмечавшиеся однократно, в 5 (8,6%) — повторно (2-3 раза). Парциальные соматомоторные вторично-генерализованные припадки развились у 17 (16,3%) больных. У 11 (10,6%) пациентов характер приступов был расценен как лобная эпилепсия со вторично-генерализованными припадками. У остальных 6 (5,8%)

больных отмечались височные эпилептические припадки (приступы эпилептических автоматизмов, версивные, галлюцинаторные, дисмнестические). Все больные постоянно получали противоэпилептические препараты.

Одной из задач настоящего исследования было выявление когнитивных нарушений на момент выписки из стационара и изучение их динамики в отдаленном периоде. Эти показатели позволяют в полной мере оценить динамику послеоперационного периода.

На момент выписки из стационара 26-30 баллов (нет когнитивных нарушений) имели 59 (56,7%) больных; 22-25 баллов (умеренные когнитивные нарушения) — 29 (27,9%) пациентов; 18-21 балл (деменция легкой степени) — 15 (13,5%) человек; 11-17 баллов (деменция умеренной степени) — 1 (1,9%) наблюдение. Больных, получивших менее 11 баллов, не было. В отдаленном периоде улучшение результатов по MoCa отмечено у 38 (36,5%) пациентов, ухудшение — у 3 (2,9%) больных. Результаты тестирования в динамике представлены в табл. 3.

Функция кратковременной памяти исследовалась с помощью теста «пять слов». Повторение всех пяти слов оценивалось в 5 баллов, за каждое неназванное слово вычитался 1 балл. В остром периоде 5 баллов набрал 61 (58,7%) пациент; 4 балла — 31 (29,8%); 3 балла — 8 (7,7%); 2 и менее баллов — 4 (3,8%) пациента. В отдаленном периоде улучшение результатов тестирования отмечено у 41 (39,4%) больного, ухудшение — у 2 (1,9%) пациентов. Результаты тестирования представлены в табл. 4.

Обсуждение

Сравнивая результаты проведенных исследований, можно отметить положительную динамику, касающуюся прежде всего восстановления физического и психического компонента здоровья у всех пациентов. Исследование показывает, что важно уделять внимание не только физическому состоя-

Таблица 3.
Динамика когнитивных нарушений нейроонкологических больных

Когнитивные нарушения	Острый период	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
Нет когнитивных нарушений	59 (56,7%)	71 (68,3%)	71 (68,3%)	73 (70,2%)
Умеренные когнитивные нарушения	29 (27,9%)	21 (20,2%)	23 (22,1%)	22 (21,2%)
Деменция легкой степени	15 (13,5%)	11 (10,6%)	9 (8,7%)	7 (6,7%)
Деменция умеренной степени	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)

Таблица 4.
Результаты исследования функции памяти у нейроонкологических больных

Балльная оценка	Острый период	Через 3 месяца	Через 6 месяцев	Через 12 месяцев
5 баллов	61 (58,7%)	77 (74,1%)	83 (79,8%)	93 (89,4%)
4 балла	31 (29,8%)	17 (16,3%)	13 (12,5%)	6 (5,8%)
3 балла	8 (7,7%)	6 (5,8%)	4 (3,8%)	1 (0,9%)
2 балла и менее	4 (3,8%)	4 (3,8%)	4 (3,8%)	4 (3,8%)

нию нейроонкологических больных, но и «душевной» составляющей. Порой внешне вполне благополучный пациент при хорошем восстановлении двигательной функции не способен вернуться к привычной трудовой деятельности после перенесенной операции из-за нарушений своего эмоционального состояния. Можно отметить, что пациенты охотно соглашаются на тестирование, направленное на изучение когнитивных расстройств, качества жизни, понимая важность этих данных для реабилитационного лечения.

Заключение

Таким образом, современный уровень медицины, включающий специальную дооперационную подготовку, ведение обезболивания, усовершенствование оперативных доступов, интенсивную терапию и реанимацию в условиях динамического клинико-

физиологического контроля, не только определяет решение задачи по сохранению жизни больному, но и создает предпосылки для возвращения его к труду и семье. В этих условиях появилась возможность изучения закономерностей восстановления нарушенных функций центральной нервной системы, а задача обеспечения полноты адаптации после хирургического лечения опухолей головного мозга определяет необходимость разработки алгоритма ведения таких пациентов в отдаленном периоде. Учитывая динамику течения отдаленного послеоперационного периода нейроонкологических больных, врач имеет возможность прогнозирования исходов данной патологии. Изучение отдаленных последствий этой патологии позволяет оптимизировать результаты лечения и обеспечить комплексную медицинскую, трудовую, социальную и семейную реадaptацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Любивая М.А. Продолженный рост и рецидив супратенториальных опухолей головного мозга (клиника, диагностика, хирургическое лечение, исходы) / М.А. Любивая. — Н.-Новгород, 1993. — 213 с.
2. Степанов И.Н. Хирургическое лечение эпилепсии у больных опухолями височной доли головного мозга: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Н. Степанов. — Новосибирск, 2002. — 21 с.
3. Black P.M. Brain tumors / P.M. Black. — New engly med. — 1999. — Vol. 61. L324. — P.1471.
4. Бабочкин Д.С., Повереннова И.Е. Отдаленный период хирургического лечения посттравматических внутричерепных гематом / Саратовский научно-медицинский журнал. — 2012. — Т. 8. № 1. — С. 136-140.

5. Одинак М.М. Клиническая диагностика в неврологии: руководство для врачей / М.М. Одинак, Д.Е. Дыскин. — СПб: Спец. лит., 2007. — 528 с.
6. Пронин И.Н. КТ и МРТ диагностика супратенториальных астроцитом; автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И.Н. Пронин. — М., 1998. — 25 с.
7. Олюшин В.Е. Эпилептический синдром в клинике базальных менингиом супратенториальной локализации / В.Е. Олюшин, В.Я. Очколяс, Л.А. Скоромец. Поленовские чтения. — СПб, 1995. — Вып. 1. — С. 136-138.
8. Clouston P.D. The spectrum of neurologic disease in patients with systemic cancer / P. D. Clouston. Ann. neurol. — 1992. — Vol. 31. — P. 268.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ПОД ВИДОМ СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЖЕТ СКРЫВАТЬСЯ НЕХВАТКА СНА

В последнее все большему числу детей ставят диагноз "синдром гиперактивности и дефицита внимания". Но, на самом деле, во многих случаях речь идет не о расстройстве поведения, а просто о недосыпе, говорит Ватсал Тхаккар из Медшколы Нью-Йоркского Университета. Если ребенок не высыпается, у него развивается неспособность концентрироваться, агрессия, забывчивость, периоды апатии. Как правило, синдром диагностируют в 3–7 лет (у мальчиков чаще). Несколько исследований доказали: у детей с синдромом были проблемы с дыханием во время сна. Это в целом негативно отражалось на качестве сна. Для детей же сон важен с точки зрения роста и развития. Более того, синдром может трансформироваться в другие отклонения во взрослом возрасте.

В частности, у детей с синдромом отмечается нехватка дельта-сна (самой глубокой медленной фазы). А исследование более 11000 британских детей выявило прямую связь проблем с дыханием во сне в детском возрасте с проблемами поведения в дальнейшем. Так, риск наличия проблем в 4 года повышался на 20–60%, а в 7 лет – на 40–100%. Есть основания полагать, что отклонения в поведении пропадают, если отрегулировать дыхание и сон. Современные дети спят минимум на час меньше по сравнению с детьми, жившими 100 лет назад. Причина в распространении мобильных телефонов и планшетов. Свет от экранов нарушает механизм регуляции сна. Поэтому врачи советуют оградить детей от технических новинок. В норме школьники должны спать по 10–11 часов, а взрослые – по 7–8 часов.

Источник: Meddaily.ru