

Список литературы

1. Бадалян, Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М. : Медицина, 1984. – 576 с.
2. Володин, Н. Н. Компьютерная томография в комплексной диагностике при гипоксически-ишемических поражениях головного мозга новорожденных / Н. Н. Володин, М. И. Медведев, А. В. Горбунов // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2003. – № 1. – С. 19–25.
3. Гайнетдинов, Д. Д. Клинико-инструментальные аспекты судорожного синдрома у детей / Д. Д. Гайнетдинов, Л. Ж. Айнулов, О. В. Василевская // Неврологический вестник. – 1988. – № 1–2. – С. 25.
4. Зубарева, Е. А. Ультразвуковая диагностика перинатально-ишемических поражений головного мозга / Е. А. Зубарева // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2005. – № 2. – С. 92–100.
5. Нагибина, Н. С. Факторы риска и гемодинамические нарушения при перинатальном поражении центральной нервной системы новорожденных / Н. С. Нагибина, Л. Г. Горбик, М. В. Нароган // Медицинская помощь. – 2001. – № 2. – С. 21–23.
6. Никулин, Л. А. Компьютерная томография в комплексной диагностике гипоксически-ишемических поражений головного мозга и их последствий у новорожденных детей / Л. А. Никулин // Успехи современного естествознания. – 2008. – № 5. – С. 17–22.
7. Шабалов, Н. П. Неонатология / Н. П. Шабалов. – М. : МЕДпресс-информ, 2004. – Т. 1. – 608 с.
8. Яцык, Г. В. Руководство по неонатологии / Г. В. Яцык. – М. : МИА, 1998. – 400 с.
9. Brown, J. K. Size disorders / J. K. Brown, R. A. Minus / In: Fetal and Neonatal Neurology and Neurosurgery. – Edinburg: Churchill Livingstone, 1988. – P. 487–514.
10. Dubowitz, L. M. Developmental sequence of periventricular leukomalacia. Correlation of ultrasound, clinical, and nuclear magnetic resonance functions / L. M. Dubowitz, G. M. Bydder, G. Mushin // Arch. Dis. Child. – 1985. – Vol. 60. – P. 349–355.

Идрисова Рахмат Магомедовна, заведующая кабинетом компьютерной томографии ГУ «Детская республиканская клиническая больница им. Н.М. Кураева», г. Махачкала, 367027, г. Махачкала, пр. Акушинского, 7-линия, д. 2а, тел. (8722) 63-42-88.

Алискандиев Алаудин Магомедович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской и госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 367000, г. Махачкала, площадь Ленина, д. 1, тел. (8872) 67-49-15, e-mail: allaudin@rambler.ru.

УДК 616.831-006-082(470.46)

© В.М. Ноздрин, И.Г. Измайлова, 2011

В.М. Ноздрин, И.Г. Измайлова

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ГБУЗ АО «Александрo-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань
ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Лечение ПМО головного мозга должно быть комплексным, включать в себя хирургическое вмешательство, лучевую и химиотерапию. Несмотря на сложную локализацию множественных опухолей, только правильная хирургическая тактика и квалификация хирурга позволяют сохранить работоспособность и качество жизни больного. Всем больным необходимо проведение МРТ-исследования в качестве динамического контроля за появлением возможных новых объемных очагов, оценкой критериев эффективности лечения опухолей мозга.

Ключевые слова: опухоль мозга, множественность, томография, хирургическая тактика.

THE DIAGNOSTICS AND TACTICS IN TREATMENT OF MULTIPLIED TUMOUR DAMAGE OF THE BRAIN

The treatment of MTD of the brain should be complex including surgical intervention, radial and chemotherapy. Despite of compound localization of multiplied tumours only correct surgical methodics and qualification of the specialist should give the possibility to save working abilities and life quality of the patients. All patients must be undergone MRTh-investigations as the dynamic control for appearance of new large foci and for estimation of criteria of effectiveness in the treatment of brain tumours.

Key words: *brain tumour, multiplicity, tomography, surgical tactics, MTD (multiplied tumour damage).*

Актуальность данной работы обусловлена тенденцией к неуклонному росту нейроонкологических заболеваний как в Астраханской области, так и во всем мире. В этой категории больных наиболее драматичны случаи с множественным опухолевым поражением головного мозга. Частота встречаемости данной патологии, по данным научной литературы, составляет от 0,9 до 16 % [3]. За последние годы почти в 10 раз повысился показатель болезненности населения нашей страны множественными опухолями (МО) головного мозга. С практической точки зрения, целесообразно представить множественное опухолевое поражение головного мозга в качестве неоднородной группы как по механизмам возникновения (мультицентричность, диссеминация по ликворным путям, имплантация во время операции), так и по клинической значимости. До применения методов нейровизуализации (компьютерная томография или магнитно-резонансная томография – КТ/МРТ) диагностика множественных опухолей головного мозга представлялась крайне сложной. В настоящее время МРТ признана «золотым стандартом» диагностики этой патологии [2]. Среди МО центральной нервной системы наиболее часто встречаются менингеальные образования, невриномы, злокачественные глиальные опухоли, первичные лимфомы. Если для диагностики первых двух видов образований метод МРТ без/с внутривенным применением соединений гадолиния информативен, то дифференциация злокачественных глиальных опухолей и первичных лимфом является сложной задачей. Подобная задача еще более затрудняется, если МР-томографы не оснащены современными программами обследования (МР-спектроскопия, диффузионная, перфузионная и диффузионно-тензорная МРТ).

Не менее сложной задачей является выбор метода лечения. Спектр лечебных воздействий в такой ситуации широко обсуждается, но рандомизированные исследования редки [3]. Показания для хирургического лечения определяются общесоматическим статусом, компенсированностью по неврологическому статусу, количеством и расположением очагов. Микрохирургия в сочетании с лучевой терапией больших полей обеспечивают лучшие результаты у больных с хорошим общим статусом и хирургически доступным очагом. Для «бессимптомных» пациентов, при опухолях небольших размеров, у пожилых людей с высоким риском хирургических осложнений радиохирургия является адекватной альтернативой хирургическому лечению [1, 5]. В сложных диагностических ситуациях (предполагаемое гистологическое заключение – злокачественная глиома, первичная лимфома) целесообразно выполнение стереотаксической биопсии [4].

Цель: определение оптимальной тактики ведения пациентов при множественных опухолевых поражениях головного мозга.

Пациенты и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с множественными опухолями головного мозга, подвергшихся хирургическому вмешательству в условиях нейрохирургического отделения Областной клинической больницы № 2 г. Астрахани за период с 2001 по 2010 гг. В ходе исследования оценивались специфика и выраженность клинической картины, данные МРТ, морфология опухоли, состояние качества жизни больного в до- и послеоперационном периоде по шкале Карновского [6]. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием методов вариационной статистики, проводился расчет средних значений для количественных данных и относительных показателей для качественных величин. Учитывая малую численность групп, для оценки значимости различий количественных показателей использовали непараметрический критерий Манн-Уитни. Для оценки статистической значимости различий относительных величин применяли функции вероятностного калькулятора программы Statistica 6.0 (StatSoft Corp.).

Результаты. Проанализированы 18 историй болезни пациентов с множественными опухолевыми поражениями головного мозга. Возраст пациентов составлял от 19 до 65 лет, из них мужчин было 8 (44,4 %) человек, женщин – 10 (55,6 %). Количество очагов – от 2 до 13. В большинстве случаев (14–77,8 %, $p < 0,001$) очаги располагались супратенториально, из них в 6 (33,3 %) случаях в контрлате-

ральных полушариях. Размеры наиболее крупного симптомопродуцирующего очага достигали – $8 \times 8 \times 6$ см (по данным МРТ). При гистологической верификации были выявлены: дизэмбриопластическая нейроэпителиома (1–5,6 %), фибриллярная астроцитома (1–5,6 %), менингиома (5–27,8 %), анапластическая астроцитома (4–22,2 %), анапластическая менингиома (3–16,7 %), глиобластома (4–22,2 %). Распределение степени злокачественности, по классификации Деймос-Дюпорт, составило: 1 степень – 6 больных (33,3 %), 2 степень – 1 человек (5,6 %), 3 степень – 7 пациентов (38,9 %), 4 степень – 4 больных (22,2 %). Статистически значимых различий в количественном распределении по гистологическому типу опухолей и степени злокачественности выявлено не было ($p > 0,05$), что обусловлено небольшим числом наблюдений. Общее состояние больных оценено по шкале Карновского в баллах: в дооперационном периоде оно составило – $53 \pm 1,3$ балла, в послеоперационном – $55 \pm 1,5$ балла ($p > 0,05$).

Было выделено два варианта клинического течения множественных интракраниальных опухолей. Первый вариант (первично-множественные опухоли, опухоли низкой степени злокачественности) характеризуется превалированием гипертензионной симптоматики, что обусловлено более медленным, доброкачественным, экспансивным ростом опухоли. Больные обращались в лечебные учреждения с общемозговой симптоматикой в среднем через 9 месяцев с момента начала заболевания. Вариант развития заболевания с головными болями гипертензионного характера отмечен у 7 больных (38,9 %). В эту группу вошли 5 случаев (27,8 %) с доброкачественными типическими менингиомами. У всех 5 пациентов фенотипических проявлений нейрофиброматоза не отмечалось. Оценка общего состояния этой категории больных, по шкале Карновского в дооперационном периоде составила $56 \pm 0,9$ балла, в послеоперационном периоде $61 \pm 1,4$ балл ($p < 0,05$).

Во втором варианте (последовательно-множественные опухоли, опухоли высокой степени злокачественности) на первый план выступала очаговая неврологическая симптоматика. Причем анамнестически и в ходе лечения были отмечены случаи «присоединения» дополнительных, вторичных очаговых симптомов, соответствующих возникновению и клиническому проявлению второго очага, например, в противоположном полушарии. Здесь можно предполагать более злокачественное, агрессивное течение заболевания с инфильтративным ростом, диссеминацией по ликворным путям. Такой вариант заболевания отмечался у 11 больных. Среди клинических особенностей данного вида патологии следует отметить более высокие темпы развития клинической симптоматики – время обращения за специализированной помощью от момента первых проявлений в среднем составляло 2 месяца. В этой категории больных преобладал и был более выражен дислокационный синдром с вторичными стволовыми нарушениями (угнетение сознания, бульбарные нарушения, гемодинамические нарушения). В этой более старшей по возрасту категории больных отмечены соответствующие возрасту соматические заболевания, которые, уменьшая компенсаторные возможности организма, отягощали послеоперационный период. Как и следовало ожидать, у этой группы больных оценка общего состояния была ниже как в дооперационном периоде, так и при выписке из стационара. По шкале Карновского до операции – $51 \pm 1,5$ балл, после операции – $47 \pm 1,6$ баллов ($p > 0,05$).

Все больные подверглись хирургическому вмешательству по удалению опухолевого очага с гистологической верификацией. Предпочтение отдавалось активной, «агрессивной» хирургической тактике. При ипсилатеральном расположении неоплазм, особенно в области одной или смежных долей мозга, предпочтение отдавалось одноэтапному удалению. В случае локализации очагов по разные стороны намета мозжечка или серповидного отростка применялись последовательные хирургические вмешательства. Разделение операции на этапы позволяло компенсировать состояние больного, уменьшить хирургическую травму и в целом риск вмешательства. Мы считали целесообразным на первом этапе удалять наиболее крупные опухоли, а также небольшие ее узлы, вызывающие окклюзию ликворных путей. Целями хирургического лечения являлось уменьшение масс-эффекта и отека, сохранение или восстановление неврологических функций, уменьшение вероятности судорог и продление жизни. Только в одном случае, закончившимся летальным исходом, у больного, поступившего в стационар в крайне тяжелом состоянии (кома 2 ст., по шкале Карновского – 10 баллов) ограничились паллиативным пособием – вентрикулоперитонеальным шунтированием. В послеоперационном периоде больные направлялись в онкологический диспансер для проведения лучевой и химиотерапии. Было установлено, что лучшие результаты лечения достигаются при удалении одного крупного симптомопродуцирующего очага.

Заключение. Установлена зависимость исходов хирургического лечения от тяжести состояния больных, количества, величины, локализации, морфоструктуры опухолевых узлов, темпов развития заболевания, наличия у больных соматической патологии. С клинической точки зрения и в плане тактики хирургического вмешательства целесообразно выделять первично-множественные и последова-

тельно-множественные опухоли. Первично-множественные характеризуются умеренной агрессивностью и доброкачественностью течения, последовательно-множественные чаще являются анапластическими вариантами опухолей с агрессивным ростом. Этапность удаления ПМО мозга определяется локализацией опухоли и степенью выраженности дислокационного синдрома.

Список литературы

1. Белопасов, В. В. Нейроонкология детского возраста / В. В. Белопасов, Е. В. Горшкова, В. В. Гуськов и др. – Астрахань : АГМА, ГУП ИПК «Волга», 2002. – 188 с.
2. Голанов, А. В. Первый опыт применения установки «Гамма-нож» для радиохирургического лечения интракраниальных объемных образований / А. В. Голанов, А. Н. Коновалов, В. Н. Корниенко и др. // Вопросы нейрохирургии. – 2007. – № 1. – С. 121–123.
3. Корниенко, В. Н. Диагностическая нейрорадиология / В. Н. Корниенко, И. Н. Пронин. – М. : НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко, 2008. – Т. 1. – 454 с.
4. Тиглиев, Г. С. Внутречерепные менигиомы / Г. С. Тиглиев, В. Е. Олюшин, А. Н. Кондратьев. – СПб. : РНХИ им. проф. А. Л. Поленова, 2001. – 560 с.
5. Black, P. M. Hormones, radiosurgery and virtual reality : new aspects of meningioma management / P. M. Black // Neurol. Sci. – 2007. – Vol. 24. – № 4. – P. 302–306.
6. Karnofsky, D., , Clinical evolution of chemotherapeutic agents in cancer / D. Karnofsky, J. Burchenal; eds. C.M. Macleod. – New York : Colombia University Press, 1949. – 153 p.

Ноздрин Всеволод Мстиславович, заведующий нейрохирургическим отделением ГБУЗ АО «Александр-Марининская областная клиническая больница», Россия, г. Астрахань, ул. Татищева, 2, ассистент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел. 8-903-347-66-18, e-mail: vseleon@yandex.ru.

Измайлова Инна Геннадьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии с курсом нейрохирургии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

УДК 616.9:[616-053.3+618.33]

© И.Б. Репина, С.А. Ключков, М.Ю. Калугина, Л.В. Феклисова, С.С. Афанасьев, А.В. Караулов, 2011

**И.Б. Репина¹, С.А. Ключков², М.Ю. Калугина³, Л.В. Феклисова¹,
С.С. Афанасьев⁴, А.В. Караулов⁵**

ОСОБЕННОСТИ АНТЕ- И ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ ГЕРПЕТИЧЕСКИМИ ВИРУСАМИ И ВИРУСОМ КРАСНУХИ

¹ГУ «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»

²МУЗ «Детская городская клиническая больница Св. Владимира»

³ФГБУ «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии
им. Н.Ф. Гамалеи» Минздравсоцразвития России

⁴ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии
и микробиологии им. Г.Н. Габричевского» Роспотребнадзора

⁵ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздравсоцразвития России

Обследованы мазки-отпечатки 79 плодов, выкидышей, новорожденных с аномалиями развития и признаками внутриутробного инфицирования, погибших в анте, интра- и перинатальном периоде, с целью определения частоты инфицирования герпетическими вирусами (ВГЧ-6, ЦМВ, ЭБВ) и вирусом краснухи и установления причин развития летального исхода, особенностей течения перинатального периода и гистоморфологических данных. Высокая частота выявления у новорожденных герпесвирусного инфицирования и вируса краснухи, маркеры неблагоприятного развития плода в антенатальном периоде, поражение органов и тканей вирусно-бактериальной природы по данным