

НЕВРОЛОГИЯ, НЕЙРОХИРУРГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

УДК 616-006.48

А.Н. Азанова, А.Ю. Лазарев

ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ ПРИ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ

Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

A.N. Azanova, A.J. Lazarev

FEATURES OF SYMPTOMATIC EPILEPSY AT SUPRATENTORIALNY GLIAL TUMOURS

Department of nervous diseases, neurosurgery and medical genetics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

E-mail: bgantsova_an@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрены опухоли головного мозга, клиническая картина которых включала симптоматическую эпилепсию (СЭ). Чаще СЭ возникала при долеой локализации с инфильтративным ростом. В структуре эпилептических припадков у пациентов отмечаются генерализованные и фокальные приступы в зависимости от локализации опухоли. Дифференцировка опухоли не оказывает значимого влияния на возникновение СЭ и на структуру самих припадков.

Annotation. The article deals brain tumors which clinical picture included the symptomatic epilepsy. More often symptomatic epilepsy arose at share localization with infiltrative growth. In structure of epileptic seizures at patients generalized and focal attacks depending on localization of a tumor are noted. The differentiation of a tumor doesn't exert significant impact on emergence of symptomatic epilepsy and on structure of attacks.

Ключевые слова: симптоматическая эпилепсия, глиальные опухоли.

Keywords: symptomatic epilepsy, glial tumors.

Опухоли головного мозга (ОГМ) составляют 85-90% всех опухолей центральной нервной системы. В большей степени эта группа приходится на внутримозговые злокачественные новообразования (ЗН), что является важнейшей медико-социальной проблемой современной онкологии [4, 5].

Ежегодно по данным National Cancer Institute в США регистрируется около 22000 новых случаев заболевания глиальными опухолями ЦНС и около 13000 случаев смерти от данной патологии. При этом заболеваемость составляет 6,6, а смертность 4,4 на 100000 населения в год. В России эти показатели несколько ниже – составляют 4,9 и 4,6 на 100000 населения соответственно [2,4,5,11].

По данным Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований, в Свердловской области ежегодно регистрируется 290-310 случаев заболевания глиальными опухолями, что составляет 6,2 случая на 100000 населения в год, при этом смертность – 5,6 случая на 100000 населения [2,4,6,8,9].

Клинические проявления глиальных опухолей головного мозга обусловлены локализацией процесса, повышением внутричерепного давления и изменением биоэлектрической активности головного мозга. Эпилептические приступы являются важной составляющей нейроонкологического синдрома наряду с очаговой и общемозговой симптоматикой. Симптоматическая эпилепсия (СЭ) достаточно характерна для пациентов с глиальными новообразованиями и регистрируется у 15-40% наблюдений по данным разных авторов. Эпилептические приступы на фоне ЗН ГМ могут быть единственным симптомом опухолевого процесса. Так, при дифференцированных астроцитомах, имеющих медленную прогрессию припадки наблюдаются у большинства больных в течение длительного времени до постановки основного диагноза [5,6].

Непосредственной причиной возникновения эпилептических приступов является изменение судорожной активности коры головного мозга. Так, рост опухоли и формирование перитуморозного отека вызывают абнормальное раздражение коры, которое на фоне снижения тормозных механизмов и деафферентации областей коры приводит к эпилептическим припадкам.

Влияние на варианты развития эпилептических припадков чаще оказывают локализация, размеры и гистологический тип опухоли. Наиболее низкий порог судорожной готовности выявляется при локализации опухолей в лимбической, височной областях наряду с первичной моторной, соматосенсорной зонами, лобной парасагиттальной областью, оперкулярной корой и областью островка [3,5,6,7].

По мнению некоторых исследователей, у пациентов с первичными мозговыми опухолями, имеющих симптоматическую эпилепсию, лучший прогноз. Однако приступы могут иметь существенное влияние на качество жизни пациентов, вынужденных длительное время принимать антиконвульсанты с целью контроля судорожной активности, включая отдаленный период после проведенного лечения. [9,10,11].

Цель исследования – определить особенности симптоматической эпилепсии при первичных внутримозговых глиальных новообразованиях.

Материалы и методы исследования

Исследовательская работа выполнена на кафедре Нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет», клинической базой которой является ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер» (ГБУЗ СО СООД), особенностью которого является наличие в его составе 2х нейрохирургических отделений. Проведен ретроспективный анализ наблюдений с первичными опухолями головного мозга супратенториальной локализации на базе отделений нейрохирургии и 1-ого радиологического отделения ГБУЗ СО СООД в период за 2014 год.

С учетом критериев включения (первичная внутримозговая опухоль глиальной природы с локализацией в полушариях головного мозга) и исключения (вторичные опухоли любой локализации, опухоли основания черепа, внемозговые опухоли, рецидивы опухолей любой локализации) группу составили 100 пациентов. Среди анализируемых больных распределение по полу получилось в равном соотношении между мужчинами и женщинами (1:1), возраст пациентов составил в среднем $52,45 \pm 0,68$ лет (от 16 до 79 лет).

Предметом исследования были данные историй болезни, амбулаторных карт, формирующие электронную базу данных, и протоколы операций. При оценке медицинской документации значимость придавалась данным анамнеза, жалобам, клинико-неврологическому статусу, позволяющим выявить эпилептические приступы у больных. Оценивались также данные рентген-радиологических методов исследования – компьютерная (КТ) $n=21$ и магнитно-резонансная (МРТ) $n=79$ наблюдений, что позволяло определять локализацию и предполагаемый характер ОГМ.

С учетом специфики исследования оценивались данные электроэнцефалограмм (ЭЭГ), подтверждающие наличие аномальной биоэлектрической активности на фоне новообразования головного мозга. Гистологический тип опухолевого процесса устанавливался на основании операционного материала с определением дифференцировки опухоли (Gr) соответственно классификации опухолей по ВОЗ, 2007г.

Результаты исследования и их обсуждение

При оценке клинических данных в группе пациентов было выявлено: общемозговая симптоматика у 97 % ($n=97$), очаговая неврологическая симптоматика у 56% больных, (гемипарез – 31% ($n=31$), монопарез – 16% ($n=16$), речевые нарушения – 9% ($n=9$)), при этом дебютом опухолевого процесса явился судорожный припадок в 37% ($n=37$) случаев. Проведение ЭЭГ исследования позволило подтвердить повышенную судорожную активность.

Методами нейровизуализации определено преобладание пациентов с инфильтративным характером роста $n=66$ (66%), узловой рост глиом выявлен в 34% ($n=34$) случаев.

По результатам гистологий, в исследуемой группе наблюдения выявлено 38% ($n=38$) низкоквалифицированных глиом (Gr II), куда вошли астроцитомы: фибриллярная, протоплазматическая, гемистоцитарная и олигодендроглиомы.

Высококвалифицированные (Gr III-IV): анапластическая астроцитома, анапластическая олигодендроглиома, глиобластома, составили 62% (n=62) случаев. Из гистологических типов всех глиом в группе исследования преобладали фибриллярные и протоплазматические астроцитомы (11%). Группа Gr III-IV была представлена в большей части глиобластомами 51% (n=51).

Среди 37 (37%) пациентов, у которых дебютом заболевания явился эпилептический припадок, были 21(%) мужчина и 16(%) женщин в возрасте от 21 до 65 лет, средний возраст составил 47,23±0,99 лет.

По данным методов нейровизуализации в группе больных с СЭ ограничение по распространению в пределах доли имели 67,57% (n=25) опухолей, мультилобарный рост – 32,43% (n=12). При этом преобладала локализация в лобной доле 45,95% (n=17), значительно реже в височной – 10,18% (n=4) и теменной 5,41% (n=2) долях. У 8,11% (n=3) больных имелось распространение в подкорковые структуры. По латерализации отмечено преобладание левостороннего роста 62,16% (n=23) над правосторонним 37,84% (n=14). Среди пациентов с узловым характером роста СЭ диагностирована в 18,92% (n=7) случаев, а при инфильтративном росте в 81,08% (n=30), что определило статистическую значимость различий (p=0,019, F-тест). Проводя корреляционный анализ этих данных, была выявлена прямая зависимость между исследованными критериями (R-тест, R=0,228, p=0,022). В структуре припадков клинически у 18 (48,65%) пациентов были генерализованные приступы с преобладанием случаев с инфильтративным лобарным ростом (40,54%, n=15). Из 19 (51,35%) наблюдений фокальные припадки были у больных с инфильтративным (n=15, 40,54%) местным ростом глиом (см. табл. 1).

Таблица 1

Структура эпилептических приступов и характер местного роста опухоли

Характер роста по данным МРТ и КТ	Генерализованные (n,%)	Фокальные (n,%)
Очаговый (n=7)	3 (8,11)	4 (10,81)
Инфильтративный (n=30)	15 (40,54)	15 (40,54)
Всего	18 (100)	19(100)

Возникновение эпилептических приступов и их вид не имели зависимости от гистологии опухоли. Так, среди пациентов с глиомами Gr II СЭ диагностирована у 15 (40,54%) больных, имевших в 7 (18,92%) случаях генерализованный, а в 8 (21,62%) наблюдениях фокальный приступ. У 22 (59,46%) пациентов с глиомами Gr III-IV генерализованные и фокальные припадки возникли по 11 (29,73%) случаев (см. табл. 2). (F-тест, p=0,843).

Таблица 2.

Зависимость вида эпилептического припадка от гистологического типа опухоли
(по WHO GRADE, 2007)

Вид приступа	Gr II (n,%)	Gr III-IV (n,%)
Генерализованный (n=18)	7(38,8)	11(61,2)
Фокальный (n=19)	8 (42,1)	11 (57,9)
Всего	15(100)	22(100)

Выводы:

1. По результатам исследования у пациентов с глиальными опухолями СЭ выявлена только у трети больных (37%, n=37).

2. Наибольшее значение в возникновении СЭ имела долевая локализация с инфильтративным ростом (лобарный рост - 67,57%), инфильтративное распространение (n=30).

3. В структуре эпилептических припадков у пациентов отмечаются генерализованные и фокальные приступы в зависимости от локализации опухоли.

4. Дифференцировка опухоли не оказывает значимого влияния как на возникновение СЭ, так и на структуру самих припадков.

Литература:

1. Горбунова Е.В. Первичные центральные опухоли. Современные возможности реабилитации и динамика состояния жизнедеятельности в послеоперационном периоде: Автореф. Дис. канд. мед. наук. СПб., 2011. 21 с.

2. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность). / Под ред. В.И. Чиссова, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена» Минздравсоцразвития России. 2012. 260 с.

3. Зенков Л.Р. Фармакорезистентные эпилепсии / Л.Р. Зенков, А.Г. Притыко // Руководство для врачей. М. 2003; 208 с.

4. Махнев В.В. Клинико-эпидемиологический анализ пациентов с первичными опухолями головного мозга, прогноз и подходы к комплексному лечению: Автореф. Дис. канд. мед. наук: 14.01.12 / Махнев Владислав Викторович. ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет. Уфа, 2012. 24 с.

5. Никифоров Б.М., Опухоли головного мозга / Б.М. Никифоров, Д.Е. Мацко. СПб., 2003. 320 с.

6. Степаненко А.Ю. Хирургическое лечение симптоматической височной эпилепсии. / А.Ю. Степаненко // Нейрохирургия. Москва, 2012. №2. С.78-84.

7. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2009 году /В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова // М.: Изд-во ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена, 2011. 260 с.

8. Davis F.G. Epidemiology of brain tumors. / Davis F.G., McCarthy B.J. // Curr. Opin. Neurol. 2000; Vol.13. P.635-640.
9. Glantz M.J., Batten J. Seizures and anti-epileptic drugs in neuro-oncology./ M.J.Glantz , J. Batten // in Cancer neurology in clinical practice/ editors by D. Schiff, S. Kesari, P.Y. Wen. Humana Press. 2008. P. 33-46.
10. Jemal A. Cancer statistics. 2005 / Jemal A., Murray T., Samuels A., et al. // CA Cancer J. Clin. 2005. P.10-30.
11. Kleihues P., Cavenee W.K. Pathology and Genetics Tumours of the Nervous System // Lyon, 2008. P. 9-71.

УДК 616-005.4

**И.И. Астрыхина, О.И. Кензина, Львова О.А., И.В. Гаврилов, Е.А. Орлова
СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПАЦИЕНТОВ С
ТРОМБОТИЧЕСКИМИ СОБЫТИЯМИ В МОЛОДОМ И ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЕЗНИ**

Кафедра биохимии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Россия

**I.I. Astryuhina, O.I. Kenzina, O.A. Lvova, I.V. Gavrilov, E.A. Orlova
PATIENTS' STATE OF LIPID METABOLISM WITH THROMBOTIC
EVENTS IN YOUNG AND CHILDREN AGE IN ACUTE PERIOD OF
DISEASE**

Department of biochemistry
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russia

E-mail: Iria.5@mail.ru

Аннотация. Транзиторную ишемическую атаку (ТИА) рассматривают как существенный предиктор возникновения артериального ишемического инсульта (АИИ) в молодом и детском возрасте. Полагают, что дислипидемия является одним из факторов риска возникновения ТИА и АИИ в детском возрасте. Но связь между дислипидемией с тромботическими событиями в молодом и детском возрасте не достаточно изучена. Тип исследования: серия случаев. Критерий включения: 98 детей младше 18 лет с АИИ и 63 с ТИА, независимо от пола; подтвержденными КТ (МРТ) головного мозга; славянского происхождения; информированное согласие. Мы определяли содержание триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеинов очень низкой