

О. Я. Главацький, О. В. Кулик

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ПАЛІАТИВНИХ ЛІКВОРОШУНТУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ГЛІОМАМИ ЛОБОВО-КАЛЬОЗНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Київський інститут нейрохірургії ім. А. П. Ромоданова АМН України

Проблема пухлин головного мозку продовжує залишатись однією з найскладніших у сучасній медицині. Незважаючи на постійне збільшення знань у різних галузях нейроонкології, науково-технічний прорив у методах нейровізуалізації, постійне вдосконалення хірургічної техніки й анестезіологічного забезпечення, успіхи генної інженерії, молекулярної біології, стрімке зростання кількості високоінформативних біотехнологічних досліджень, перед практикуючим лікарем донині гостро постають питання диференційованого підходу до вибору тих чи інших методів комбінованого лікування гліальних пухлин головного мозку залежно від їх локалізації та гістобіологічних властивостей. Особливо це стосується пухлин із глибинним розповсюдженням, які становлять понад 60 % усіх супратенторіальних гліом [1; 3; 4; 6; 8]. Серед них найчисельніша група — гліальні пухлини лобово-кальозної локалізації (ГЛКЛ), що, за даними деяких авторів, становить 21,5 % усіх гліом супратенторіальної локалізації [1]. Важкодоступне розташування пухлин цієї локалізації в поєднанні з гістобіологічними особливостями й інфільтративним характером росту в переважній більшості випадків несприятливо впливає на результати хірургічного лікування.

Часто поширюючись на бічні шлуночки, прозору перетинку та підкіркові утворення голов-

ного мозку, ГЛКЛ погіршують відтік ліквору, що призводить до розвитку прогресуючої оклюзійної гідроцефалії на фоні вже існуючої внутрішньочерепної гіпертензії, викликаній наявністю пухлини. Небезпека даної клінічної ситуації пов'язана ще й з тим, що за таких умов стрімко зростають дислокаційні явища і різко скорочується резерв часу для проведення антибластичного лікування [5; 7].

Тому лікворошунтуючі операції (ЛШО), які мають на меті відновлення ліквороциркуляції та зменшення внутрішньочерепного тиску, з одного боку, запобігають розвитку порушень життєво важливих функцій, а з другого — дозволяють збільшити тривалість життя завдяки застосуванню комбінованого лікування ГЛКЛ, яке включає променеву терапію, хіміотерапію, імунотерапію тощо [2].

Вид паліативної операції залежить від механізму оклюзії лікворних шляхів, об'єму та розповсюженості пухлинного процесу, доведеного інтраскопічними методами діагностики.

**Мета** дослідження: вивчити ефективність паліативних ЛШО при комбінованому лікуванні хворих із гліомами лобово-кальозної локалізації.

**Завдання** дослідження:

1. Провести аналіз результатів проведених ЛШО у хворих із ГЛКЛ.

2. Вивчити показання та протипоказання до ЛШО у хворих із ГЛКЛ.

3. Оцінити виживаність хворих, яким проведені паліативні ЛШО у комплексі консервативного антибластичного лікування хворих із ГЛКЛ.

### Матеріали та методи дослідження

В основу роботи покладено результати аналізу історій хвороб пацієнтів із гліомами лобово-кальозної локалізації, які знаходилися на лікуванні в Інституті нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова з 1986 по 2006 рр. включно. Серед 401 хворого з ГЛКЛ, які проходили лікування, 16 особам були виконанні паліативні ЛШО.

У всіх хворих, яким проводили ЛШО, спостерігався гіпертензійний тип перебігу захворювання, який перш за все проявлявся виразним оклюзійно-гідроцефальним синдромом. З-поміж основних клінічних проявів цього синдрому насамперед спостерігалися порушення свідомості, грубі патологічні зміни на очному дні, мозаїчність неврологічної симптоматики. Все це неодмінно формувало низьку якість життя таких хворих.

За винятком одного випадку, де ЛШО виконувалась як перший етап хірургічного лікування, усі втручання були невідкладним і єдиним засобом не тільки покращити загальний стан хворого, а й зберегти його життя. Формуючи певний резерв часу, ЛШО створювали можливість комбінованого лікування хворих із ГЛКЛ.



Розподіл хворих за статтю та віком наводиться у табл. 1.

Розподіл за роками виконання ЛШО у хворих із ГЛКЛ подається на рис. 1.

Вентрикулоперитонеостомія виконана у 15 випадках, кістоперитонеостомія у 1 випадку захворювання на ГЛКЛ з оклюзійною гідроцефалією.

Із 16 хворих чотирьох реоперовано у термін від 1 до 2 років з моменту першої операції, з приводу дисфункції лікворошунтуючої системи (вентрикулярного кінця). У одного хворого (спостереження № 111), вентрикулоперитонеостомія була першим етапом хірургічного лікування (через три роки цьому хворому виконано субтотальне видалення гліоми).

Передня вентрикулостомія (пункція переднього рога бокового шлуночка) проведена у 7 хворих, задня (пункція заднього рога бокового шлуночка) — у 8 хворих.

Виразні застійні явища на очному дні виявлені у 5 хворих, помірні застійні явища — у 3, початкові застійні явища — у 4; ще у 2 хворих спостерігалась ангіопатія сітківки.

Розподіл хворих залежно від розміщення основної маси пухлини по відношенню до півкуль головного мозку та застосування діагностичних методик на етапі виявлення ГЛКЛ подається у табл. 2 і 3.

Комплексне лікування хворих із ГЛКЛ антибластичними методами проводилось у 4 випадках («монокіміотерапія + променева терапія» — у 1 хворого, «поліхіміотерапія + променева терапія + імунотерапія» — у 2 хворих, «поліхіміотерапія + імунотерапія» — у 1 хворого).

У 10 хворих після ЛШО використовувався лише один метод антибластичної терапії (монокіміотерапія — у 4 хворих, поліхіміотерапія — у 1 хворого, променева терапія — у 5 хворих).

Не призначався жоден метод консервативної антибластичної терапії у 2 хворих.

Розподіл хворих за статтю та віком

Стать пацієнтів	Кількість пацієнтів, n	Частка, %	Середній вік, роки
Чоловіки	7	43,75	39,71 ± 14,96
Жінки	9	56,25	32,66 ± 10,83
Усього	16	100	39,71 ± 14,96



Рис. 1. Розподіл хворих, яким проведені паліативні операції, за роками

Таблиця 2

Розподіл хворих залежно від локалізації основної маси лобово-кальозної гліоми по відношенню до півкуль великого мозку

Розміщення основної маси пухлини	Кількість випадків, n	Частка, %
Права півкуля великого мозку	4	25
Ліва півкуля великого мозку	7	43,75
Без чіткої латералізації, двобічне розміщення	5	31,25
Усього	16	100

Таблиця 3

Застосування діагностичних методик на етапі виявлення гліальної пухлини лобово-кальозної локалізації

Діагностичні методики	Кількість випадків, n	Частка, %
КТ + МРТ	1	6,25
КТ + МРТ + ОФЕКТ	1	6,25
КТ	6	37,5
КТ + КАГ + ОФЕКТ	2	12,5
КТ + КАГ	1	6,25
КТ + ОФЕКТ	4	25
КТ + МРТ + КАГ	1	6,25
Усього	16	100

Примітка. КАГ — каротидна ангиографія; КТ — комп'ютерна томографія; МРТ — магніторезонансна томографія; ОФЕКТ (включаючи сцинтиграфію) — одnofотонна емісійна комп'ютерна томографія; «+» — поєднання діагностичних методів.



## Результати дослідження та їх обговорення

Як видно з табл. 1, середній вік і розподіл за статтю хворих, яким проведені паліативні операції, не відрізнявся від середньостатистичних значень у досліджуваній вибірці загалом (серед 401 хворого із ГЛКЛ чоловіків було 218 (54 %), жінок — 183 (46 %); вік хворих, що сформували основну вибірку, — від 9 до 78 років; співвідношення чоловіків і жінок становив 1,2 : 1; найбільша кількість хворих на ГЛКЛ у період із 1986 по 2006 рр. включно припадала на вікову групу 21–44 і 45–59 років, що відповідає молодому та середньому віку). Вищенаведені дані не мають достеменного впливу на вибір хірургічної тактики лікування — проведення паліативних операцій (при  $\alpha=0,05$   $F > F$  критичне).

Оцінювалася динаміка якості життя хворих за шкалою Карновського протягом дослідження (табл. 4).

Термін «10-та доба» був вибраний як контрольний проміжок оцінки якості життя оперованих хворих, оскільки саме на 8-му–10-ту добу хворим знімали шви з операційної рани, що свідчило про завершення раннього післяопераційного періоду. Вже до цього часу стихали всі скарги у хворих, пов'язані з операційною раною, і за відсутності післяопераційних ускладнень оцінка якості життя таких хворих відображала вже загальний дизадаптуючий вплив захворювання на загальний стан хворого.

Як видно з табл. 4, на 10-ту добу якість життя хворих після паліативних операцій за шкалою Карновського зростала (зменшення кількості хворих із бальною оцінкою «50» та «60», збільшення кількості хворих із бальною оцінкою «80»). Через 1 рік якість життя істотно підвищилася.

Нами проаналізовано катамнез хворих, яким проведені ЛШО залежно від застосованого методу (рис. 2).

Аналіз виживаності за допомогою моментного методу Каплан — Мейера (рис. 3) показав, що ефективність застосування паліативних оперативних втручань у хворих із ГЛКЛ, у яких розвинулась оклюзійна гідроцефалія, досить висока.

За даними рис. 3, медіана виживаності для таких хворих становить 24–25 міс на фоні проведення подальшого комбіно-

ваного антибластичного лікування з використанням як променевої терапії, так і хіміотерапії. Як показали клініко-статистичні дослідження, хіміотерапія найбільш ефективна в режимі поліхіміотерапії на фоні імунотерапії.

## Висновки

1. Найбільш обґрунтованим й ефективним підходом до лі-

Таблиця 4

Динаміка оцінки якості життя хворих за шкалою Карновського

Якість життя за шкалою Карновського, балів	Кількість пацієнтів, n		
	На момент первинного звернення	На 10-ту добу після оперативного втручання	Через 1 рік після оперативного втручання
80	0	5↑	7↑
70	8	8	5↓
60	6	3↓	2↓
50	2	0↓	0
Усього	16	16	0

Примітки. 1. Стрілка ↑ означає збільшення кількості хворих із певною бальною оцінкою за шкалою Карновського, а стрілка ↓ показує зменшення кількості хворих із певною бальною оцінкою за шкалою Карновського.



Рис. 2. Катамнез хворих залежно від застосованого методу лікування

Примітка. МоноХТ + ПТ — комбіноване лікування: монохіміотерапія + променева терапія; МоноХТ + ГГ — комбіноване лікування: монохіміотерапія + гіперглікемія; ПоліХТ + ПТ + ГГ — комбіноване лікування: поліхіміотерапія + променева терапія + імунотерапія; ПоліХТ + ГГ — комбіноване лікування: поліхіміотерапія + імунотерапія; МоноХТ — монохіміотерапія; ПоліХТ — поліхіміотерапія; ПТ — променева терапія; АБЛ не проводили — антибластичного лікування не проводили.



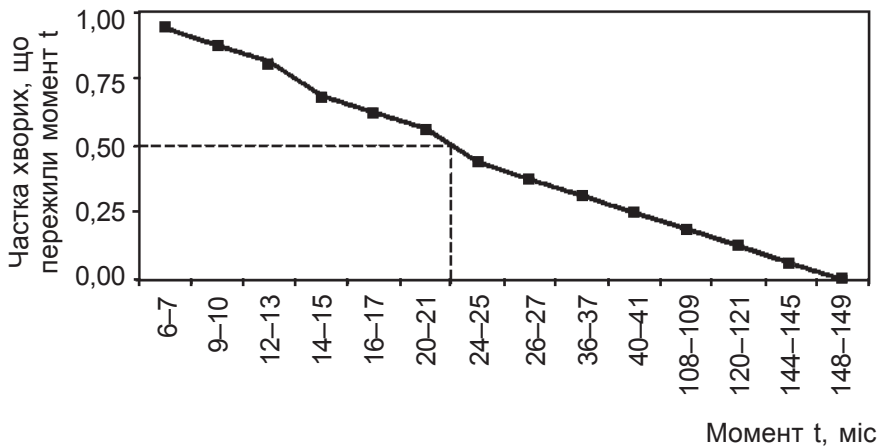


Рис. 3. Крива виживаності хворих, яким проведені паліативні операції (n=16)

кування неоперабельних ГЛКЛ, які супроводжуються оклюзійною гідроцефалією, слід вважати комбіноване лікування, що включає перший етап — проведення лікворощунтуючої операції з подальшою променевою терапією й антибластичною хімотерапією на фоні імунотерапії.

2. Лікворощунтуючі операції завдяки відновленню ліквороциркуляції сприяють покращанню та стабілізації стану хворо-

го, регресу клінічних, офтальмологічних, МРТ- і КТ-проявів оклюзійно-гіпертензійного синдрому, а у деяких випадках — навіть нормалізації внутрішньочерепного тиску.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Главацький О. Я. Диференційоване лікування гліом супратенторіальної локалізації та прогнозування його результатів: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — К., 2001.
2. Главацький О. Я. Хірургічна корекція порушень ліквороциркуляції

при супратенторіальних гліомах глибинної локалізації — роль лікворощунтуючих операцій // Бюл. УАН. — 1999. — Вип. 1, № 8. — С. 95-100.

3. Главацький А. Я., Канюка Ю. И., Деньзуб В. В. Лечение больных с глиомами лобно-каллезной локализации // Нейрохирургия. — 1992. — Вып. 25. — С. 67-73.

4. Принципы и перспективы комплексного лечения глиом мозга / Ю. А. Зозуля, В. Д. Розуменко, Н. И. Лысяный, А. Я. Главацкий // II Съезд нейрохирургов России. Н. Новгород, 1998: Материалы съезда. — СПб., 1999. — С. 106.

5. Коновалов С. В., Аксенов В. В. Комбинированное лечение опухолей глубоких отделов головного мозга // Бюл. УАН. — 1998. — № 5. — С. 120-121.

6. Результаты комбинированного лечения опухолей головного мозга различного генеза / Корытова Л. И., Жабина Р. М., Хазова Т. В. и др. // Вопр. онкологии. — 2003. — Т. 49, № 5. — С. 639.

7. Лисенко С. М. Дислокації мозку при післяопераційних геморагічних ускладненнях у хворих з гліомами супратенторіальної локалізації // Вісник наук. досліджень. — 2005. — № 9. — С. 43-46.

8. Никифоров Б. М., Мацко Д. Е. Опухоли головного мозга. — СПб.: Питер, 2003. — С. 15-21.

УДК 618.3-06:616.34-008/-009]:616-008.9

Т. М. Дьоміна, Л. С. Сухурова, А. О. Федорова

## ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ БІОХІМІЧНОГО ПРОФІЛЮ У ВАГІТНИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОЇ КИШКИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,  
Донецький регіональний центр охорони материнства і дитинства

Провідна роль ендогенної інтоксикації (ЕІ) у патогенезі захворювань є загальною ознакою. Ендогенна інтоксикація може проявляти себе найрізноманітнішими клінічними, лабораторними і морфологічними маніфестаціями, синдромами та захворюваннями. Сьогодні ЕІ за механізмами виникнення та реалізації є складним патологіч-

ним поліетіологічним процесом з універсальним загальнобіологічним механізмом патогенезу [1].

У сучасній літературі є дані про участь ендотоксинів грамнегативних бактерій у розвитку акушерської патології [2; 3]. Ми припускаємо, що при синдромі подразненої кишки (СПК) у зв'язку з порушенням бар'єр-

ної функції кишечника підвищується транслокація ендотоксину (ЕТ) у порталний кровотік із розвитком надалі ЕІ, яка, у свою чергу, може стати причиною різних гестаційних ускладнень.

Загальновідомо, що біологічну трансформацію токсичних субстанцій здійснює монооксигеназна система печінки, яка

