

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ РЕГРЕСС ПРИ УСПЕШНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГЛИОМЫ ВАРОЛИЕВА МОСТА

Алексей Леонидович КРИВОШАПКИН^{1,2}, Анна Сергеевна ПЕТРОВСКАЯ¹,
Вадим Георгиевич ПОСТНОВ², Вячеслав Витальевич КОБОЗЕВ², Глеб Сергеевич СЕРГЕЕВ²,
Анна Геннадьевна ВАСЯТКИНА², Ольга Викторовна ЖУКОВА², Евгений Андреевич ЛЕВИН²

¹ НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Новосибирск-Главный ОАО «РЖД»
630003, г. Новосибирск, Владимирский спуск, 2а

² ФГБУ Новосибирский НИИ патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина
Минздрава России
630055, г. Новосибирск, ул. Речкуновская, 15

Представлен клинический случай пациентки 11 лет, оперированной по поводу злокачественной глиомы варолиева моста (тотальное удаление опухоли под нейронавигационным контролем). Проанализированы и сопоставлены с топологией церебральных повреждений послеоперационные расстройства нейрокогнитивных функций, показан их существенный регресс в последующем периоде. Приведены данные нейрофизиологического исследования, указывающие на адаптивные изменения активности коры головного мозга, которые могут обеспечивать компенсацию нейрокогнитивных нарушений, вызванных поражениями ствола мозга и мозжечка.

Ключевые слова: нейрохирургия, опухоли ствола мозга, мозжечковые расстройства, когнитивные дисфункции, нейропсихологическое обследование, тесты на время реакции, связанные с событиями потенциалы, компенсаторные изменения.

Опухоли головного и спинного мозга у детей составляют около 20–25 % всех опухолей детского возраста. Из них опухоли стволовых отделов встречаются в 10–15 % случаев, а среди опухолей задней черепной ямки стволовые составляют 25–30 % [22, 19]. Средний возраст постановки диагноза от 7 до 9 лет [4]. Чаще всего выявляют астроцитомы (35 % всех опухолей детского возраста [8]) различной степени злокачественности [5, 7]. Глиомы ствола головного мозга классифицируются в зависимости от расположения, нейровизуализационной картины и гистологии. Помимо топического расположения (мост, средний мозг, покрышка, тыльная поверхность мозга, цервикомедулярный переход) опухоль характеризуется типом произрастания – внутри ствола головного мозга или фокально (экзофитно). 38 % опухолей ствола головного мозга детей

имеют четкие границы и ограничены пластинкой четверохолмия либо смещают структуры, распространяясь к зрительному бугру или мосту [9]. Диффузные внутривентрикулярные глиомы на Т1-взвешенных изображениях, полученных с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ), имеют гипоинтенсивный сигнал и гиперинтенсивный на Т2 с нечеткими границами, отражающими инфильтративный характер роста. Чаще всего это опухоли высокой степени злокачественности (Grade III, IV). В среднем мозге данный вид опухоли встречается с частотой 13 %, в продолговатом мозге – 38 %, а в верхнем сегменте спинного мозга – около 83 % случаев [9]. Медиана общей выживаемости больных, которые получали комбинированную терапию при диффузных астроцитомах (лучевая терапия 54–60 Гр на место опухоли + темозоломид 75 мг/м²), соста-

Кривошапкин А.Л. – д.м.н., проф., член-кор. РАМН, рук. нейрохирургического центра, рук. центра ангионеврологии, e-mail: alkr01@yandex.ru

Петровская А.С. – врач-ангионевролог, нейрофизиолог нейрохирургического центра, e-mail: axon05@mail.ru

Постнов В.Г. – д.м.н., ведущий научный сотрудник, рук. группы нейрореаниматологии, e-mail: v_postnov@nricp.ru

Кобозев В.В. – к.м.н., врач-нейрохирург центра ангионеврологии и нейрохирургии, e-mail: v_kobozev@nricp.ru

Сергеев Г.С. – ординатор центра ангионеврологии и нейрохирургии, e-mail: sergeevgs@mail.ru

Васяткина А.Г. – к.м.н., научный сотрудник группы нейрореаниматологии, e-mail: a_vasyatkina@nricp.ru

Жукова О.В. – младший научный сотрудник группы нейрореаниматологии, e-mail: o_zhukova@nricp.ru

Левин Е.А. – к.б.н., старший научный сотрудник группы нейрореаниматологии, e-mail: e.a.levin@gmail.com