

но ухудшают качество жизни больных и нередко являются причиной их отказа от лечения. С развитием химиотерапии, введением в практику ряда новых цитостатических препаратов, улучшением результатов лечения особо актуальной стала проблема улучшения качества жизни больных онкологическими заболеваниями, определения прогностических факторов осложнения лечения, особенно в процессе проведения химиотерапии.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, химиотерапия, осложнения со стороны пищеварительного канала, цитостатические средства, генотип генов GSTP1 та MTHFR.

#### GASTROINTESTINAL COMPLICATIONS OF CHEMOTHERAPY IN PATIENTS "THRICE NEGATIVE" METASTATIC BREAST CANCER

L. A. Sivak, N. M. Maidanevych, S. A. Lyalkin, A. V. Askolskiyy,  
N. V. Kasap, M. Y. Klimanov (Kiev, Ukraine)

The National Cancer Institute

The study of the literature indicates that over the past 20 years, nausea and vomiting continue to be the two main side effects of chemotherapy, which significantly impair quality of life and, often, are the cause of failure of patients to treatment. With the development of chemotherapy, putting into practice a number of new cytotoxic drugs, improved treatment outcomes, now acquired special urgency the problem of the quality of life of cancer patients, identification of prognostic factors complications of treatment – especially during chemotherapy.

**Key words:** breast cancer, chemotherapy, complications of the gastrointestinal tract, cytostatics, genes GSTP1 genotype and MTHFR.

УДК 616.145.1/11-07-085:616.831-005.4-036.12

Поступила 10.06.2015

В. В. ГОНГАЛЬСКИЙ, А. В. БАСОВ, А. В. ГОЛОЛОБОВ (Киев)

#### НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ ВЕНОЗНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ АПЛАЗИИ И ГИПОПЛАЗИИ СИГМОВИДНОГО И ПОПЕРЕЧНОГО СИНУСОВ ТВЁРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

Украинский институт неврологии и мышечно-скелетной медицины,  
центр «Меддиагностика» <gongal@ukr.net>

*Изучен спектр возможных сопутствующих клинических проявлений у 48 лиц с МР-признаками односторонней аплазии или выраженной гипоплазии поперечных и сигмовидных синусов твёрдой мозговой оболочки головного мозга. Эта врождённая аномалия была использована в качестве клинической модели внутричерепной венозной гипертензии. Учтены неврологический статус, сопутствующие клинические признаки, лабораторные показатели (в том числе исключение тромбоза). Отслежена динамика УЗИ-показателей мозгового кровотока в различных сосудистых бассейнах головного мозга (включая показатели венозной фазы кровотока в соответствующих венозных бассейнах) до и после нехирургической коррекции внутричерепного венозного давления. При односторонней недостаточности кровотока в синусах мозга отмечалась нестабильность артериального давления (75,5 %); дисфункция вестибулярного аппарата (68,9 %); цефалгия, в том числе односторонняя (64,4 %); боль в затылочной области (62,2 %), заложенность или шум в ушах в сочетании с вестибулопатией (33,3 %); боль в области глазницы (28,8 %); ощущение комка в горле (28,8 %); изменение чувствительности в зонах Зельдера (20 %); признаки минимальной односторонней пирамидной недостаточности (17,8 %); ваготония (6,7 %). Большинство перечисленных клинических признаков отмечались одновременно и имели устойчивую тенденцию к регрессу после интенсификации кровотока в глубоких венозных бассейнах мозга. Такое перераспределение венозного оттока с его «основного» (с признаками недостаточности) пути в бассейн глубоких вен мозга является важным фактором компенсации мозгового кровотока.*



**Ключевые слова:** аплазия венозных синусов, гипоплазия венозных синусов, венозный отток из полости черепа, повышенное внутричерепное венозное давление, внутричерепная венозная гипертензия, головная боль, вестибулопатия, гемикрания.

**Введение.** Вопрос внутричерепной венозной гипертензии (ВВГ) клинически значим в неврологии. Согласно данным М. Я. Бердичевского и соавт. [1], причина ВВГ заключается в механическом затруднении венозного оттока из полости черепа. Данные литературы и наших исследований [1–3] показывают, что клинические признаки у больных с нарушением церебральной венозной гемодинамики разнообразны, в ряде случаев недостаточно специфические [1].

Полагают, что синусы твёрдой мозговой оболочки являются основным венозным коллектором, обеспечивающим отток венозной крови от головного мозга, но он может быть заблокирован вследствие тромбоза синусов [1]. Изменять отток может и врождённая аномалия развития поперечных и сигмовидных синусов твёрдой мозговой оболочки при их аплазии или гипоплазии [5].

Противоречивость в оценке причин и характера сопутствующих клинических проявлений при повышении внутричерепного венозного давления обусловили проведение поисковых клинических исследований. В качестве объекта исследования мы выбрали категорию больных с врождённой односторонней аплазией или выраженной гипоплазией магистральных синусов твёрдой мозговой оболочки. Согласно известному мнению о ведущей роли синусов твёрдой мозговой оболочки в оттоке крови из мозга [1], односторонняя аплазия или гипоплазия синусов должны существенно менять (затруднять) венозный отток. По данным F. Alpeg и соавт. [5], носителями такой аномалии являются 24 % популяции человечества.

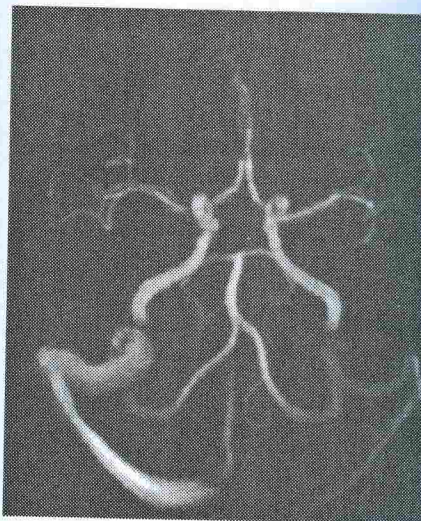
**Цель исследования** – изучить спектр возможной клинической симптоматики при ВВГ, обусловленной врождённой асимметрией сечения синусов твёрдой мозговой оболочки.

**Материалы и методы.** Выборочно проанализированы результаты аппаратного и клинического обследования 48 лиц с МР-признаками снижения или отсутствия кровотока в синусах головного мозга. В выборку входили пациенты, прошедшие МРТ-исследование в центре «Меддиагностика» с 2006 по 2014 г. Возраст больных – от 10 до 71 года. Отбирали первые пять обследуемых за каждый год с МРТ-признаками аномалии венозных синусов головного мозга, которых наблюдали и лечили в центре. В стандарт исследования, кроме МРТ головного мозга в аксиальной, сагитальной и фронтальной плоскостях в режимах T<sub>1</sub> и T<sub>2</sub>, была включена расширенная МР-реконструкция сосудов головы с визуализацией венозной фазы мозгового кровотока. Исследования проводили на МРТ-оборудовании открытого типа Aperto Eterna 0.4 T производства Hitachi Medical Corporation (Япония). Для получения трёхмерного изображения венозных интракраниальных структур изображения обрабатывали с помощью последовательности 3D Phase Contrast.

Клиническая часть работы включала опрос, осмотр, учёт неврологического статуса, лабораторные исследования (в том числе для исключения тромбоза синусов), аппаратное дуплексное сканирование сосудов головы и шеи (Phillips HD11-XE) с оценкой венозного кровотока в магистральных и глубоких венозных бассейнах головного мозга. Критерием взаимосвязи изучаемых признаков с ВВГ служила динамика клинической симптоматики и сонографический контроль состояния венозного кровотока в различных венозных бассейнах мозга.

Исключали клинически значимую кардиологическую и лёгочную патологию. Обработку полученных данных проводили при помощи пакета статистических программ SPSS 10 с использованием критериев Стьюдента и Манна – Уитни.

**Результаты и их обсуждение.** Учёт венозной фазы кровотока при МРТ-реконструкции сосудов головного мозга позволил верифицировать варианты развития поперечного и сигмовидного венозных синусов в виде их гипоплазии (рис. 1) и полной аплазии (рис. 2).



**Рис. 1.** МРТ-визуализация сосудов головного мозга с венозной фазой мозгового кровотока. Гипоплазия левого сигмовидного и поперечного венозных синусов головного мозга. Существенное снижение кровотока в левых сигмовидном и поперечном синусах. Асимметрия кровотока в венозных венах – 86 и 14 %

Проанализированы сопутствующие односторонней гипоплазией и аплазией синусов были:

- изменение артериального давления (повышению (34 из 48 обследованных) и снижению (14) – 70,8 %);
- констатировали гипотонию, которую расценивали и регистрировали как причину вестибулопатии (68,9 %), как шумом в ушах (голове), ощущение головокружения, несистемного головокружения, неустойчивости или провалов. У 2 пациентов старшей возрастной группы имел системный характер;
- цефалгия (в том числе гемикрания) – 62,2 %;
- боль в затылке – у 62,2 %;
- заложенность или шум в ушах (связанные с вестибулопатией) – у 68,9 %;
- боль в глазнице с одной или двумя сторонами (синдром Баррэ – Льеу) – у 20,8 %;
- эпизоды ощущения комка в глотке, тошноты – у 28,8 %;
- асимметричные изменения чувствительности конечностей; у 14,6 %;
- признаки лёгкой или скрытой гипоксии; у 14,6 %;
- экстрапирамидной недостаточности; у 14,6 %;
- брадикардия как признак вагусной дисфункции и без выраженного снижения частоты сердечных сокращений; у 14,6 %;
- введённых лечебных мероприятий.

