

УДК 616.8; 616-009; 616.155.1; 616.155.392; 616-071

Н. В. Литвиненко, О. О. Піддубна
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Цотана

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ УРАЖЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ

Неврологічні порушення при онкогематологічних захворюваннях відносять до числа вторинних уражень нервової системи. Вони об'єднують різні за механізмами розвитку та локалізацією патологічні стани нервової системи, які пов'язані з пухлинними захворюваннями системи крові. Онкогематологічні захворювання складають 3% всіх новоутворень у дорослих та 36,6% у дітей. Приєднання неврологічної симптоматики до основних симптомів захворювання значно погіршує тяжкість стану хворих та впливає на результат лікування. Спостерігається неухильний ріст частоти неврологічних ускладнень хіміотерапії, в основному зумовлений інтенсифікацією протипухлинного лікування й широким використанням нейротоксичних цитостатиків. Однак, незважаючи на істотні досягнення фармакології та медицини вцілому, ряд питань діагностики й вибору лікувальної тактики при онкогематологічних захворюваннях остаточно не вирішено. Корекція неврологічних порушень повинна проводитися своєчасно з метою зворотності порушень, викликаних безпосередньо дією пухлинних клітин і нейротоксичністю препаратів. Таким чином, своєчасна діагностика неврологічних проявів онкогематологічної патології й раціонально обрана лікувальна тактика дозволяють запобігти рецидивам захворювання, зберегти життя хворих і поліпшити його якість.

Ключові слова: гемобластози, неврологічні порушення, корекція.

Соматоневрологічні ураження є однією з актуальних медико-соціальних проблем, зважаючи на їх 5біагностика5б5656м і вплив на якість життя та працездатність пацієнтів [3]. За останній час стає все більш актуальною проблема злякисних міело- та лімфопроліферативних захворювань, що пов'язано з прогресуючим збільшенням їх частоти у структурі гемобластозів [3]. Гемобластози – злякисні новоутворення кровотворних тканин, при яких первинне пухлинне ураження починається у стовбурових, мієлоїдних чи лімфоїдних 5біагностика5б5656 клітинах кісткового мозку. До нозологічних форм гемобластозів відносять гострі та хронічні лейкози (лейкемії), мієлодиспластичні синдроми [6].

Частота поширення гемобластозів на 100000 жителів дорівнює: в західній Європі – 7,5, в США – 6,71, на території СНД – 7,10. При аналізі статистичних даних, за останні 20-30 років з'ясовано, що захворюваність гемобластолами у світі зростає, при цьому, всупереч лікуванню відомими терапевтичними засобами, смертність від лейкозів подвоюється через 20-25 років. Захворюваність почастишала у ряді цивілізованих країн у зв'язку з різким підвищенням середньої тривалості життя (наприклад, в СНД з 35 років до 70 років) [8]. У Японії лейкози зустрічаються в 2-3 рази рідше, ніж у США, а хронічні 5біагностика5б5656 зовсім відсутні. Підвищення смертності від системних захворювань крові за останні роки відбувається більш інтенсивно, ніж від інших захворювань (крім раку та інфаркту міокарда) [8]. Статистика усіх країн показує, що сільське населення хворіє на гемобластози рідше, ніж міське; чоловіки страждають в 2,1 рази частіше, ніж жінки. Разом з тим, у віці від 20 до 45 років частіше зустрічається хронічний мієлолейкоз. У дітей абсолютну перевагу має гострий лейкоз, особливо лімфобластний варіант [2].

Варто зауважити, що на сьогоднішній день існують обмежені дані щодо ураження нервової системи при різних типах гемобластозів. З цієї точки зору проблема покращення своєчасної діагностики уражень нервової системи є актуальною у вирішенні питання призначення раннього, своєчасного лікування та попередження розвитку неврологічних ускладнень.

Метою роботи було проведення комплексного аналізу клінічних проявів ураження нервової системи при різних варіантах хронічних гемобластозів залежності від гендерних особливостей та тривалості захворювання.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 60 хворих з гемобластолами, які перебували на стаціонарному лікуванні у гематологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні 5біа. М. В. Скліфосовського протягом 2014-2015 рр. Гемобластози діагностували за загальноприйнятими класифікаціями та методичними рекомендаціями [8]. Пацієнти були розподілені на 3 групи: 29 осіб з хронічним 5біагностика5б5656 (1 група), 19 пацієнтів з хронічним мієлолейкозом (2 група) та 12 хворих на множинну мієлому (3 група). Віковий розподіл у першій групі сягав 61,0 + 2,7 років, у другій 58,0 + 3,1 років, у третій групі 56,5 + 3,4 років.

У всіх хворих проведено 5біагностика5б5656ми обстеження, детальне вивчення скарг та анамнестичних даних, комплексне клініко-неврологічне обстеження з дослідженням когнітивних функцій. Серед скарг особливу увагу приділяли наявності слабкості, фізичного виснаження, зниження уваги і пам'яті, з'ясовували наявність головокружіння, порушення статичної координації,

емоційної сфери. Для характеристики вегетативного тонуусу вивчали показники частоти серцевих скорочень, систолічного та діастолічного артеріального тиску, дихальних рухів, розраховували вегетативні індекси Кердо та Хільденбранта, що дозволило оцінити ступінь дезінтеграції в діяльності вісцеральних систем організму.

Психодіагностичне обстеження проводили за допомогою шкали MMSE (MiniMentalStateExamination), таблиць Шульте, тесту Лурія [2, 4]. Шкала MMSE дозволяє швидко та ефективно оцінити орієнтування в часі, місці, сприйняття, концентрацію уваги, функцію мови, праксису. З метою дослідження темпу сенсомоторних реакцій, активної уваги, тренуваності та втомлюваності використовували таблиці Шульте. Оцінку стану довільної вербальної пам'яті проводили методом запам'ятовування 10 слів, не пов'язаних між собою за змістом і емоційно нейтральних (О.Р. Лурії). Отримані показники фіксували як у загальній групі хворих із гемобластозами, так і в залежності від гендерних особливостей. Результати обробляли статистично (визначали критерії Ст'юдента, Фішера).

Результати дослідження та їх обговорення. Серед загальної когорти хворих найбільш частими скаргами були відчуття загальної слабкості (96,2%), фізичного виснаження (66,7% пацієнтів), задухи під час фізичного навантаження (60% пацієнтів), підвищеної пітливості (57% хворих), болі у ділянці селезінки (54% хворих).

Найчастішими з неврологічних симптомів у пацієнтів була виявленна пластична гіпертонія у 40,6% хворих, спастична – лише у 4,16%. Динамічна атаксія при виконанні 57іагностика57я5757 проб (пальце – носової та п'ятково – колінної) виявлена у 41,6% пацієнтів, наявність ністагму – у 25% пацієнтів, 57іагностика-пірамідна недостатність – у 33,3% пацієнтів, субкортикальні симптоми – у 20,8% хворих, патологічні кистьові та ступеневі рефлекси виявлені у 16,6% пацієнтів.

При 57іагностика57я5757ми чутливої сфери, порушення глибокої чутливості не виявлено, поверхнева чутливість була змінена у 20,8% хворих.

Порушення зі сторони черепних нервів частіше стосувались відвідного та ококорухового (у 37,5% та 16,6% пацієнтів, відповідно). Ураження мімічних м'язів центрального характеру різного ступеню вираженості спостерігалось у 4,16% хворих.

Згідно детального анкетування пацієнтів було з'ясовано, що тривалість захворювання у першій групі варіювала в межах 2,2 + 1,85 років, у другій – 1,9 + 1,2 років, у третій групі – 3,1 + 1,8 років. Порівняльна характеристика синдромологічних особливостей уражень нервової системи у пацієнтів із хронічними лейкозами наведена у таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика синдромологічних особливостей уражень нервової системи у пацієнтів із хронічними лейкозами (%)

Синдроми	I група n = 29 Хронічний лімфолейкоз		II група n = 19 хронічний мієлолейкоз		III група n = 12 Множинна мієлома	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Енцефалопатичний	27,3%	26,1%	36,1%	44,3%	12,6%	12,1%
Мієлопатичний	10,5%	11,8%	19,2%	20,4%	8,4%	8,3%
Нейропатичний	6,2%	6,6%	16,3%	11,2%	4,5%	3,5%
Полінейропатичний	16,3%	12,3%	21,1%	19,3%	9,7%	7,2%
Радикулопатичний	38,2%	40,6%	3,6%	2,3%	21,6%	19,8%
Міопатичний	1,5%	2,6%	3,7%	2,5%	2,5%	2,0%
Відсутні	0	0	0	0	36,2%	47,1%

Отримані дані щодо синдромологічних особливостей перебігу гемобластозів свідчать про те, що у першій групі пацієнтів переважали клінічні прояви ураження периферичної нервової системи, це підтверджується високою частотою виявлення радикулопатичного синдрому. Виявлений факт можна пояснити тим, що збільшені периферичні лімфатичні вузли здавлюють корінці нервових стовбурів, подразнюють їх, спричиняють виникнення больового синдрому. У другій групі хворих домінувало ураження центральної нервової системи, що мало відображення в переважанні енцефалопатичного синдрому, особливо у пацієнтів жіночої статі. Потрібно зауважити, що частота проявів мієлопатичного, полінейропатичного, 57іагностика57я5757 синдромів була також досить високою також у другій групі. Звертає на себе увагу той факт, що у пацієнтів третьої групи (з множинною мієломою) неврологічні синдроми зустрічалися значно рідше з переважанням енцефалопатичного та радикулопатичного. Після проведеного оцінювання було з'ясовано, що із загальної когорти пацієнтів із полінейропатичним синдромом у 14%

пацієнтів (5 хворих) виявлено ятрогенний вплив хіміотерапевтичного лікування (вінкристин, бортезумаб).

Психодіагностичне обстеження виявило особливості когнітивних розладів у хворих на гемобластози. Так, достовірні результати по запам'ятовуванню 10 слів показали пацієнти із множинною мієломою ($3,5 \pm 0,16$ балів – у чоловіків, $3,5 \pm 0,18$ балів – у жінок), порівняно із хворими на хронічний 58іагностика58 ($2,8 \pm 0,14$ балів – у чоловіків та $3,1 \pm 0,17$ балів – у жінок) та хронічний мієлолейкоз (у чоловіків $2,0 \pm 0,10$ балів, у жінок $2,5 \pm 0,12$ балів). Змістовна організація слухомовного матеріалу за тестом MMSE не мала вірогідних відмінностей в групах пацієнтів (у хворих на хронічний мієлолейкоз – $6,8 \pm 0,10$ балів у чоловіків, $6,8 \pm 0,12$ балів у жінок; у хворих на хронічний 58іагностика58 – $6,75 \pm 0,11$ балів у жінок, $6,5 \pm 0,25$ балів у чоловіків; пацієнти із множинною мієломою мали такі результати: $6,7 \pm 0,21$ балів у жінок та $6,6 \pm 0,12$ балів у чоловіків). При дослідженні зорово-просторової діяльності за тестом MMSE (виконання малюнка двох геометричних фігур) кращі результати показували пацієнти із множинною мієломою ($0,9 \pm 0,17$ балів у чоловіків, $0,9 \pm 0,01$ балів у жінок) на відмінну від результатів, які показували пацієнти із хронічним лімфо- та мієлолейкозом ($0,5 \pm 0,08$ балів у чоловіків, $0,9 \pm 0,6$ балів у жінок; $0,6 \pm 0,02$ балів у чоловіків, $0,8 \pm 0,07$ балів у жінок, відповідно). Серійне віднімання «від 100 по 7» правильно і швидко виконували хворі на хронічний 58іагностика58 ($4,9 \pm 0,01$ балів – у чоловіків, $4,8 \pm 0,07$ балів – у жінок) та множинну мієлому ($4,8 \pm 0,07$ балів – у чоловіків, $4,9 \pm 0,16$ балів – у жінок), гірше з цим завданням справлялися пацієнти з хронічним мієлолейкозом ($3,0 \pm 0,05$ балів – у чоловіків, $4,5 \pm 0,09$ балів – у жінок). Дослідження уваги за допомогою таблиць Шульте швидко виконували пацієнти з множинною мієломою ($3,0 \pm 0,2$ балів у жінок, $2,0 \pm 0,30$ балів – у чоловіків) і чоловіки з хронічним 58іагностика58 ($1,75 \pm 0,07$ балів, $2,0 \pm 0,03$ балів).

Висновки

1. У клінічній картині у досліджуваних пацієнтів з гемобластозами переважав астеничний синдром (96,2% пацієнтів).
2. При дослідженні неврологічного статусу у хворих на хронічний 58іагностика58 переважали синдроми ураження корінців, у пацієнтів із хронічним мієлолейкозом та множинною мієломою – ознаки енцефалопатії.
3. При множинній мієломі неврологічна симптоматика з'являлась у більш пізній термін від початку захворювання, при цьому була відсутня у 36,2% чоловіків та у 47,1% жінок.
4. Психодіагностичне обстеження дозволило встановити максимальне збереження когнітивних функцій у хворих на множинну мієлому (за тестом MMSE, таблиць Шульте, тесту Лурія).
5. Чітких гендерних особливостей показників клінічного перебігу у досліджуваних групах не виявлено.

Список літератури

1. Volkova S.A. Osnovy klinicheskoy gematologii / S.A. Volkova, N.N. Borovkov // - Nizhniy Novgorod: Nizh GMA, - 2012. - S. 277-322.
2. Gluzman D. F. Opuholi krovotvornoy i limfoidnoy tkaney (tsitomorfologiya, immunositohimiya, algoritmy diagnostiki) / D.F. Gluzman, L.M. Sklyarenko, V. A. Nadgornaya // - Kiev: DIA, - 2008, 196 с.
3. Dubenko E.G. Nevrologiya v shemah i tablitsyah: rukovodstvo dlya studentov i vrachey-internov / E. G. Dubenko // - Harkov, - 2003 – S. 2-5.
4. Ziganov M. A. Skorochtenie / M. A. Ziganov // - M.: Eksmo, - 2008. – 224 s.
5. Osinskiy S. P. Molekulyarnaya diagnostika opuholey / S.P. Osinskiy, D.F. Gluzman, Y. Kliff [i dr.] / - Kiev: DIA. – 2007 – 248 s.
6. Poddubnaya I. V. Nehodzhkinskie limfomyi. Klinicheskaya onkogematologiya: rukovodstvo dlya vrachey / I. V. Poddubnaya // – M.: Meditsina, - 2007 – S. 724-771.
7. Folstein M.F. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician» / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh [et al.] // - Journal of psychiatric research, - 1975, Vol.12(3), P. 189–198.
8. Jaffe E. S. Pathology and genetics of tumors of haematopoetic and lymphoid tissues / E.S. Jaffe, N.L. Haris, H. Stein [et al.] // - Lyon: IARC Press, -2001. 351 p.
9. Jaffe E. S. Classification of lymphoid neoplasms: the microscope as tool for disease discovery / E. S. Jaffe, N. L. Haris, H. Stein [et al.] // Blood 2008. Vol.112, P. 4384-4399.

Реферати

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГЕМОБЛАСТОЗАХ

Литвиненко Н. В., Поддубная А.А.

Неврологические нарушения при онкогематологических

CLINICAL MANIFESTATIONS OF NERVOUS SYSTEM HEMOBLASTOSIS

Litvinenko N. V., Piddubna A. A.

Neurological disorders in hematologic diseases

заболеваниях относят к числу вторичных поражений нервной системы. Они объединяют различные по 59иагностик развития и локализации патологические состояния нервной системы, связанные с опухолевыми заболеваниями системы крови. Онкогематологические заболевания составляют 3% всех новообразований у взрослых и 36,6% у детей. Присоединение неврологической симптоматики к основным симптомам заболевания значительно ухудшает тяжесть состояния больных и влияет на результат лечения. Наблюдается неуклонный рост частоты неврологических 59иагностики химиотерапии, в основном обусловленный интенсификацией противоопухолевого лечения и широким использованием нейротоксических цитостатиков. Однако, несмотря на существенные достижения 59иагностики и медицины в целом, ряд вопросов 59иагностики и выбора лечебной тактики при онкогематологических заболеваниях окончательно не 59иагно. Коррекция неврологических нарушений должна проводиться на современном уровне, с целью 59иагностики59 нарушений, вызванных непосредственным действием опухолевых клеток и нейротоксичностью препаратов. Таким образом, своевременная 59иагностика неврологических проявлений онкогематологической 59иагнос и 59иагностики выбрана лечебная тактика позволяют предотвратить рецидивы заболевания, сохранить жизнь больных и 59иагнос ее качество.

Ключевые слова: гемобластозы, неврологические нарушения, коррекция.

include the number of secondary lesions of the nervous system. They combine different mechanisms of development and localization of pathological conditions of the nervous system associated with neoplastic diseases of the blood system. Hematologic diseases form 3% of all tumors in adults and 36.6% in children. Joining to the basic neurological symptoms of symptoms of disease significantly impairs severity of the patients state and affects on the outcome treatment. Is observed steady growth of rate neurological complications of chemotherapy, mainly caused by the intensification of anti-tumor treatment and extensive use of neurotoxic cytostatics. However, despite the significant achievements of pharmacology and medicine in general, several questions of diagnosis and choice of treatment strategy in hematologic diseases is not completely resolved. Correction of neurological disorders should be conducted timely with a view to repayment of disorders caused by the direct action of tumor cells and neurotoxicity of drugs. Therefore, timely diagnosis of neurological manifestations of hematologic pathology and rationally chosen medical tactics allows to prevent recurrence of the disease, save lives and improve patients quality.

Key words: hemoblastosis, neurological disorders, correction.

Стаття надійшла 5.01.2016 р.

Рецензент Скрипніков А.М.

UDC 611.9:575.191:612.017.1:612:656

O.Ye. Majewski, S.V. Pinchuk, A.O. Ivanytsya
Vinnitsya National Medical University named after M.I. Pirogov, Vinnitsya

GENDER-RELATED CORRELATION BETWEEN COMPUTED TOMOGRAPHY VERTICAL SIZE OF THE LUMBAR SPINE ANATOMICAL STRUCTURES AND ANTHROPO-SOMATOTYOLOGICAL PARAMETERS IN ADOLESCENTS

When analyzing sexual differences correlations computed tomography sizes of the lumbar spine on median-sagittal sections with anthropometric, somatotypological parameters and indicators component composition of body weight, found that in girls the number of significant relationships, and their power considerably greater than in boys. In addition, in young men found considerably greater amount significant feedback than in girls. The largest number of reliable connections with anthropo-somatotypological indicators in girls set with height of bodies lumbar vertebrae and the average width of the bodies of the lumbar vertebrae, and in boys – with height of lumbar vertebrae body and height of intervertebral discs between the relevant vertebrae.

Key words: lumbar spine, computed tomography, anthropometry, healthy young men and women.

Publication is a fragment of planned RSW "Development of health regulatory criteria of different age and sex groups", state registration number: 0109U005544.

Study of correlations between the size of the components of the lumbar spine and anthropo-somatotypological parameters making a significant contribution to the solution of fundamental problems of the biological nature of man and his intraspecific variability [2, 12, 14]. In addition, constitutional studies of spine allow to use this section as a source of information about group of risk in relation to its pathology [9].

Presented in modern scientific literature data indicate the existence of significant sexual dimorphism spine sizes, as well as informative morphological characters of spine for intergroup comparisons and for individual identification and establishment of relationship [3, 4, 9, 10]. Thus, according to research of V.N. Zvyagin and M.K. Karapetyan [6] all osteometric signs of spine show accurate correlation with high values with sex. Differences between the sexes were more significant than interracial differences, most likely due to differences in body structure between different ethnic groups. Therefore, there is no doubt in informative metric spine characteristics in terms of sex determination and the ability to use them as universal osteometric standards.

Aim of our work – establishing sexual differences relationships computed tomography of the lumbar spine sizes on median-sagittal sections with anthropo-somatotypological parameters healthy population of Podillya adolescents.