

УДК 616-073

ОПЫТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В СВЕРДЛОВСКОМ ОБЛАСТНОМ ОНКОЛОГИЧЕСКОМ ДИСПАНСЕРЕ

¹В. В. Махнев, ¹М. А. Журавлева, ¹А. С. Шершевер, ²Т. Н. Трофимова

¹Свердловский областной онкологический диспансер, Екатеринбург, Россия

²Институт мозга человека им. Н. П. Бехтерева РАН, Санкт-Петербург, Россия

EXPERIENCE IN POSTOPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH PRIMARY BRAIN TUMORS IN THE SVERDLOVSK REGIONAL ONCOLOGY DISPENSARY

¹V. V. Makhnev, ¹M. A. Zhuravleva, ¹A. S. Shershever, ²T. N. Trofimova

¹Sverdlovsk regional oncology dispensary, Ekaterinburg, Russia

²Institute of Human Brain n. a. N. P. Bekhtereva of RAS, St.-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2014 г.

В лечении пациентов с первичными опухолями головного мозга важную роль играет послеоперационная терапия. Выбор терапии после хирургического вмешательства основывается на прогностической группе. В работе выделены три прогностические группы: с благоприятным (интегративный прогностический индекс ИПИ < 0,2), промежуточным (ИПИ = 0,2–1,0) и неблагоприятным прогнозом (ИПИ < 0,1). К прогностическим факторам относятся (по степени значимости от наибольшего к наименьшему) степень злокачественности опухоли, ECOG-статус, распространенность, возраст, пол. Послеоперационная терапия (лучевое, химиолучевое или химиолечение) проводится с учетом вероятности развития поздних лучевых повреждений и чувствительности опухоли к химиотерапии. Для контроля результатов лечения используются перфузионная КТ и МРТ с внутривенным контрастированием.

Ключевые слова: первичные опухоли головного мозга, прогностические факторы, прогностический индекс, общая выживаемость, послеоперационное лечение, перфузионная КТ.

In the treatment of patients with primary brain tumors an important role takes postsurgical therapy. The choice of therapy after surgery is based on the prognostic group. In the work we allocated three prognostic groups: favorable (integrative prognostic index IPI < 0,2), intermediate (IPI = 0,2–1,0) and poor prognosis (IPI of < 0,1). Prognostic factors include (in order of importance, from the highest to lowest) degree of malignancy of tumors, ECOG status, abundance, age, gender. Postoperative therapy (radiotherapy, chemoradiotherapy or chemotherapy) performs in view to the probability of developing late radiation damages and the sensitivity of tumors to chemotherapy. CT Perfusion and MRI with intravenous contrast enhancement are used for monitoring treatment outcomes.

Key words: primary brain tumors, prognostic factors, prognostic index, overall survival, postsurgical treatment, CT perfusion.

Введение. Опухоли головного мозга составляют 85–90% всех опухолей центральной нервной системы [1] и являются важнейшей медико-социальной проблемой современной онкологии.

За последние годы отмечается повсеместный рост нейроонкологической заболеваемости во всем мире. По данным National Cancer Institute в США ежегодно регистрируется около 22 000 новых случаев заболевания опухолями ЦНС и около 13 000 случаев смерти от данной патологии, при этом заболеваемость составляет 6,6, а смертность — 4,7 на 100 000 населения в год [1].

В России эти показатели ниже и составляют 4,9 и 4,6 на 100 000 населения соответственно.

При этом средний возраст заболевших ниже по сравнению с другими локализациями злокачественных новообразований и составляет 47 лет [2].

В Свердловской области по данным Российского Центра информационных технологий и эпидемиологических исследований ежегодно регистрируется 290–310 случаев заболевания опухолями ЦНС, что составляет 6,2 случая на 100 000 населения в год, в то время как смертность — 5,6 на 100 000 населения [2].

Своевременная диагностика первичных опухолей головного мозга требует более настороженного отношения к этой патологии врачей общей практики, онкологов, невропатологов. Больше половины пациентов (53,1%) поступают в онкологический дис-

пансер с опухолью высокой степени злокачественности Grade III–IV, более чем у четверти больных процесс носит распространенный характер (27%), и в этой связи они часто имеют неблагоприятный прогноз [3].

За последние 10–15 лет благодаря современным средствам диагностики (КТ, МРТ, МРА, ПЭТ), модификациям прежних и разработке новых доступов, новейшим микрохирургическим технологиям (включая эндоскопические), новым навигационным системам произошло не только снижение послеоперационной летальности, но и повышение радикальности операций и, что особенно важно, повышение качества жизни прооперированных больных [4]. Однако сегодняшние результаты послеоперационной терапии первичных опухолей головного мозга, имеющей большое значение в комплексном лечении, требуют дальнейшего улучшения, поиска новых и совершенствования имеющихся способов, единого понимания факторов, влияющих на исход и лечения на каждом этапе [5, 6]. Этому могут помочь современные методы нейровизуализации, где структурные КТ и МРТ стали дополняться функциональными данными посредством перфузионной КТ, ОФЭКТ и ПЭТ. Последние позволяют дифференцировать продолженный рост опухоли от постлучевого повреждения мозга и дополнять данные морфологической КТ и МРТ об ответе опухоли на проводимое лечение [7–11].

Цель исследования: оптимизировать послеоперационное лечение больных первичными опухолями головного мозга и мониторинг его результатов методами нейровизуализации.

Задачи исследования:

- 1) выявить прогностически значимые факторы при первичных опухолях головного мозга и определить прогностические группы;
- 2) определить пути оптимизации послеоперационного лечения пациентов с первичными опухолями головного мозга с учетом прогностической группы;
- 3) оптимизировать алгоритм использования методов нейровизуализации для контроля результатов лечения.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ историй болезни 232 пациентов с диагнозом: первичная опухоль головного мозга (данные единой онкосистемы).

Критерии включения: пациенты, которым диагноз: опухоль головного мозга был впервые установлен и морфологически подтвержден в период с 2002 г. по 2013 г.

Критерии исключения: пациенты:

- 1) с отсутствием гистологической верификации опухоли из-за противопоказаний или отказов от оперативных вмешательств либо при неинформативности полученного гистологического материала;
- 2) с вторичными опухолями головного мозга.

Хирургическое лечение опухолей головного мозга осуществлялось в 1-м и 2-м нейрохирургическом отделениях, лучевую терапию пациенты проходили в радиологическом отделении СООД на линейных ускорителях SL75–5, SLI PLUS, SLI PRECISE DIGITAL. Лекарственное лечение проводилось в химиотерапевтическом отделении СООД.

Оперативное лечение пациентов с первичными опухолями головного мозга в СООД выполнено в следующих объемах: 28 пациентам (12,7%) выполнено тотальное удаление опухоли, 173 (78,3%) — субтотальное удаление, 20 (9,0%) — биопсия опухоли.

Изолированно хирургическим методом лечения ограничились лишь у 33 (14,2%) пациентов, 158 (68,1%) пациентам проведено комбинированное (хирургическое, затем лучевое) лечение, 30 пациентам (12,9%) после операции проводилось химиолучевое лечение, 2 пациентам последовательно хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия, 8 (3,2%) проведена только лучевая терапия.

Протокол исследования включал оценку прогностических факторов: пол, возраст, объективный статус по ECOG, локализация опухоли, распространенность процесса, гистологическая характеристика, степень злокачественности по Grade, объем оперативного вмешательства.

Для контроля результатов лечения в группе пациентов, получавших лучевую терапию (в составе комбинированного и комплексного лечения), выполняли МРТ с внутривенным контрастированием и перфузионную КТ на этапе предлучевой топометрической подготовки, далее — через 1 месяц после окончания курса лучевой терапии, в первый год наблюдения — 1 раз в 3 месяца и далее в зависимости от прогностической группы.

Группу обследованных пациентов составляли 122 мужчины и 110 женщин в возрасте от 1 до 79 лет.

Распределение пациентов по группам представлено ниже с указанием абсолютного и относительного числа случаев.

По объективному статусу пациенты были разделены на две группы: ECOG 0–1 — активность была не нарушена или приближалась к нормальному состоянию, ECOG 2–3 — активность пациентов была ограничена, они нуждались в более длительном отдыхе или пребывали в постели более 50% дневного времени. 1-я группу с ECOG 0–1 составили 123 (53%), 2-ю группу с ECOG 2–3 — 109 (27%) человек.

По локализации опухоли выделяли две группы: I — опухоль располагалась в одной доле или зоне мозга — 174 (75,0%) случая, II — опухоль распространялась на две и более доли мозга — 58 (25%).

По степени злокачественности выделяли две группы: с низкой степенью злокачественности Grade I–II — 106 (45,7%) и высокой степенью злокачественности Grade III–IV — 126 (54,3%) случаев.

По гистологической характеристике отдельно рассматривались две группы опухолей: глиальные — в 204 (87,9%) и неглиальные — в 28 (12,1%) случаев. При этом глиальные опухоли были разделены на подгруппы: астроцитарные — 168 (72,7%), олигодендроглиальные — 16 (6,9%), смешанные — 12 (5,2%), эпендимомы — 8 (3,4%).

По объему оперативного вмешательства выделялись две группы: тотальное удаление опухоли — у 24 (10,3%) и субтотальное удаление — 196 (84,5%) пациентов, в остальных случаях хирургическое вмешательство ограничилось биопсией.

Полученные результаты подвергались статистической обработке с помощью комплекта компьютерных программ Microsoft Excel 2007, пакетом программ SPSS 13,0 for Windows. Для оценки факторов, определяющих прогноз заболевания, использовалась модель пропорционального риска Кокса.

Результаты и их обсуждение. При изучении данных о 232 пациентах с диагнозом: первичная опухоль головного мозга выявлена информативная значимость следующих прогностических факторов, представленных по степени возрастания (от наименее к наиболее значимому): пол ($p < 0,05$), возраст ($p = 0,000$), распространенность процесса ($p = 0,02$), ECOG-статус ($p < 0,05$), степень злокачественности опухоли по Grade ($p = 0,000$).

Модель пропорционального риска Кокса для наших больных выглядит следующим образом:

$$\gamma = \gamma_0(t) \times \exp(0,385 \times x_1 + 0,025 \times (x_2 - 45) + (-0,956) \times x_3 + (-1,12) \times x_4 + (-0,49) \times x_5),$$

где: γ — относительный риск смертельного исхода; $\gamma_0(t)$ — исходный риск — частота событий на момент времени t у мужчин в возрасте 45 лет, с Grade I–II, ECOG статусе 0–1, поражением одной доли; $\exp$ — математическая функция экспоненцирования; x_1 — фактор пол; x_2 — возраст; $(x_2 - 45)$ — возраст пациента минус средний возраст пациентов в выборке; x_3 — ECOG статус; x_4 — степень злокачественности; x_5 — распространенность процесса.

Представленная модель пропорционального риска Кокса позволяет для пациентов с первичными опухолями головного мозга подсчитать риск, а соответственно прогноз и исход заболевания на основе таких прогностически значимых факторов, как пол, возраст, ECOG-статус, степень злокачественности и распространенность опухоли, и выбирать наиболее подходящий для такого пациента вариант лечения.

Итак, к прогностически неблагоприятным факторам относят мужской пол, возраст, статус пациентов по ECOG 2–3, распространенность процесса (локализация опухоли в двух и более долях или областях мозга), высокую степень злокачественности опухоли по Grade. При этом последний фактор является в отношении прогноза самым значимым.

Если рассчитанный по прогностическому правилу результат будет больше 1,0, то наличие соответствующих факторов говорит о неблагоприятном прогнозе, если от 0,2 до 1,0 — относительно неблагоприятный (промежуточный) прогноз, если меньше 0,2 — благоприятный прогноз.

На основе полученных результатов нами в различных прогностических группах больных определялась тактика ведения — применение комбинированного или комплексного лечения опухолей головного мозга. Эта тактика оформилась в алгоритм, принятый к исполнению всеми участниками лечения больных первичными опухолями головного мозга в Свердловском областном онкологическом диспансере.

На предоперационном этапе проводится консилиум с участием трех специалистов: нейрохирурга, радиотерапевта и химиотерапевта — с целью определения объема операции и выработки совместной тактики ведения на предоперационном этапе и планирования послеоперационной терапии.

Показанием к операции следует считать впервые выявленную первичную опухоль головного мозга и (или) наличие неврологического дефицита, обусловленного масс-эффектом. Целью оперативного вмешательства является ликвидация внутричерепной гипертензии, устранение масс-эффекта, и тем самым улучшение общего статуса пациента, взятие материала для гистологической верификации первичной опухоли.

По нашим данным, объем удаления опухоли не является фактором, влияющим на общую выживаемость пациентов с первичными опухолями головного мозга. Этот факт подтверждается и рядом других исследований [8]. Оперативное вмешательство должно минимизировать воздействие на ткань головного мозга с целью сохранения неврологических функций, тем самым не ухудшая общего статуса пациента. В некоторых случаях, связанных с особой локализацией опухоли, можно ограничиться биопсией.

В послеоперационном периоде проводится повторный консилиум радиотерапевта и химиотерапевта для определения дальнейшей тактики с учетом объема выполненной операции и данных послеоперационного МРТ, КТ с перфузией.

Выбор адъювантной послеоперационной терапии — объема (суммарной очаговой и эквивалентной дозы) и режима фракционирования, химиотерапии зависит от прогностической группы.

Так, при благоприятном прогнозе (интегративный прогностический индекс (ИПИ) $< 0,2$) и отсутствии остаточной опухоли послеоперационное лечение не требуется. Если остаточная опухолевая ткань все же имеется, то пациенту назначается лучевая терапия в классическом режиме в СОД 50 Гр, т. е. лучевая терапия, исключающая или, по крайней мере, минимизирующая развитие поздних лучевых реак-

ций в расчете на более длительную продолжительность жизни пациента.

При промежуточном прогнозе (ИПИ=0,2–1,0) послеоперационное лечение проводят в зависимости от степени злокачественности опухоли. При низкой степени злокачественности (Grade I–II) пациенту назначается лучевая терапия в классическом режиме в СОД 50 Гр. При высокой степени злокачественности (Grade III–IV) применяется лучевая терапия в режиме классического или гиперфракционирования в дозе 60 Гр, превышающая толерант-

ность тканей головного мозга, так как вероятность развития поздних лучевых повреждений очень мала в связи с низкой продолжительностью жизни пациента. С учетом гистологической характеристики опухоли выбирается адъювантная химиотерапия.

При неблагоприятном прогнозе (ИПИ>1,0) назначается паллиативная лучевая терапия в дозе 40–45 Гр с целью торможения развития опухоли. Применение химиотерапии при неблагоприятном прогнозе не влияет на общую выживаемость пациентов.

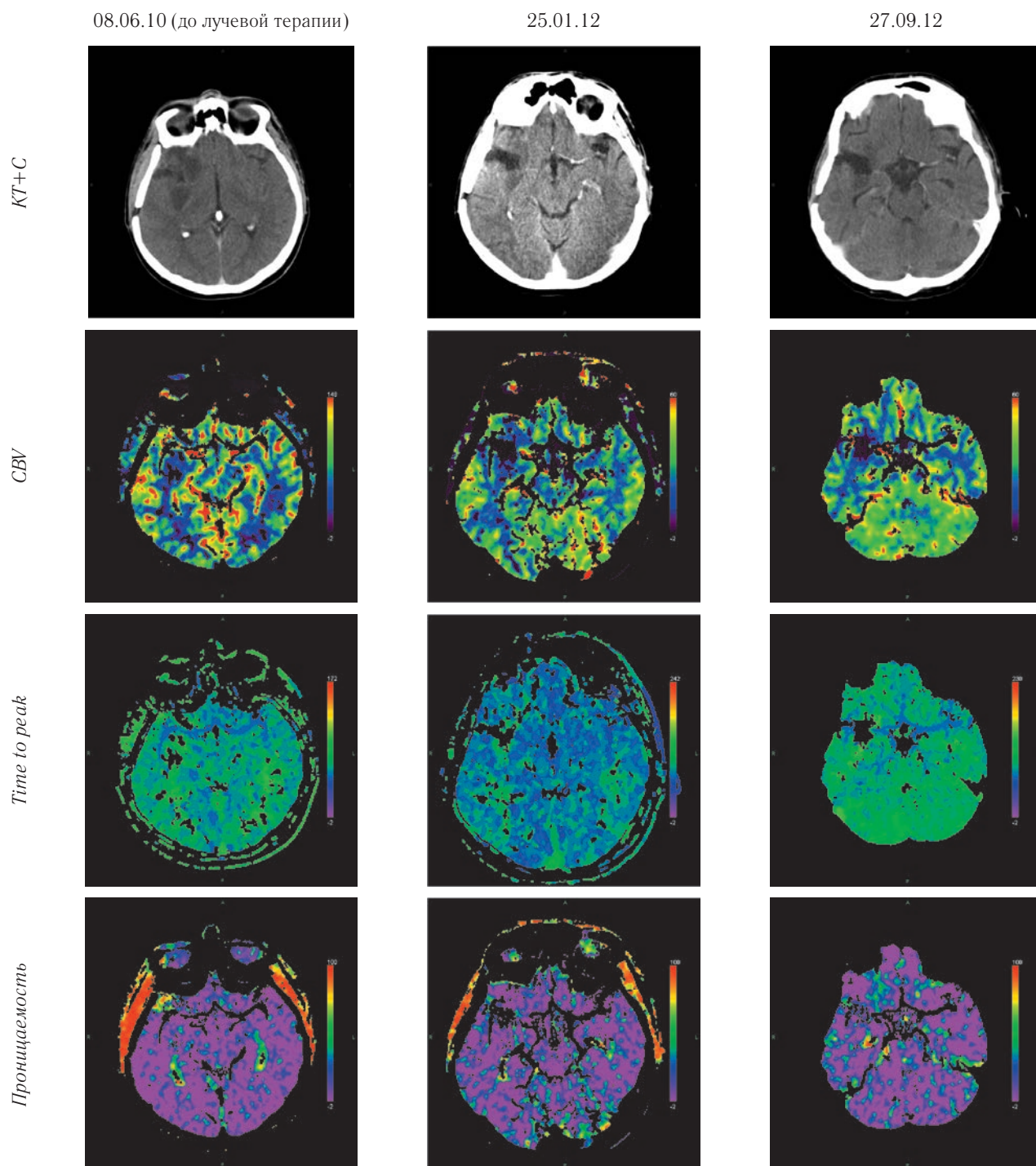


Рис. 1. Пациент Ш., 37 лет. Состояние после частичного удаления фибриллярно-протоплазматической астроцитомы. Отсутствие динамики остаточной опухоли на протяжении 12 мес после лучевой терапии. ИПИ=0,17 (относительно благоприятный прогноз). Показатели CBV в зоне остаточной опухоли соответствуют значениям неизмененного белого вещества, умеренное повышение ТТР и отсутствие накопления контраста.

Для мониторинга результатов лечения используется следующий алгоритм лучевой диагностики: во всех случаях проведения лучевой или химиолучевой терапии КТ-топометрия должна дополняться МРТ с контрастированием и перфузионной КТ.

При промежуточном прогнозе с низкой степенью злокачественности опухоли (Grade I–II) алгоритм лучевой диагностики совпадает с таковым при благоприятном прогнозе с наличием остаточной опухоли (рис. 2).

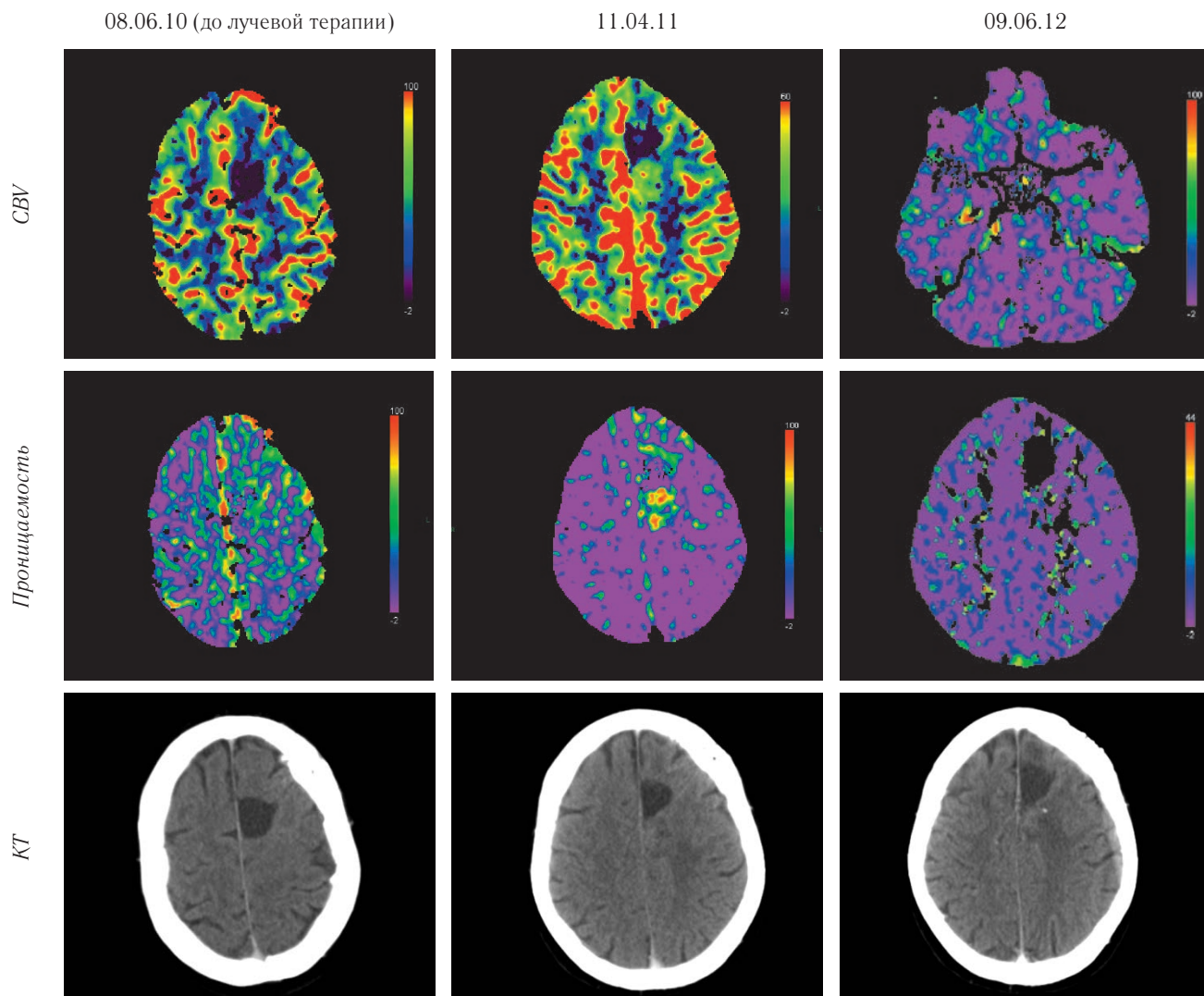


Рис. 2. Пациент Р, 50 лет. Субтотальное удаление фибриллярно-протоплазматической астроцитомы с ростом в мозолистое тело. Курс ДЛТ СОД 50 Гр. ИПИ=0,2. Продолженный рост опухоли с дальнейшим уменьшением ее размеров на фоне комбинированного лечения.

При благоприятном прогнозе без последующего лучевого лечения выполняется МРТ с контрастированием через 6 и 12 месяцев после операции, далее при отсутствии признаков продолженного роста — 1 раз в год. При благоприятном прогнозе с проведением лучевой терапии (наличие остаточной опухоли) контрольные исследования выполняются через 1 месяц после окончания лучевой терапии и далее 1 раз в 3 месяца в 1-й год наблюдения, 1 раз в 6 месяцев на 2-й год наблюдения и далее 1 раз в год при отсутствии признаков остаточной опухоли и продолженного роста. В большинстве случаев достаточно проведения только перфузионной КТ, МРТ используется для уточнения сомнительных данных КТ-перфузии (рис. 1).

При промежуточном прогнозе с высокой степенью злокачественности опухоли (Grade III–IV) и при неблагоприятном прогнозе контрольное исследование проводится через месяц после лучевой терапии и далее 1 раз в 3 месяца на протяжении всего срока наблюдения, КТ-перфузия также в большинстве случаев может заменять МРТ с контрастированием (рис. 3–5).

Приведем примеры наблюдений из различных прогностических групп.

Важным мотивом совместного ведения больных с опухолями головного мозга радиологом и нейрохирургом является необходимость квалифицированной коррекции неврологических расстройств, возникающих после операции на мозге и в процессе

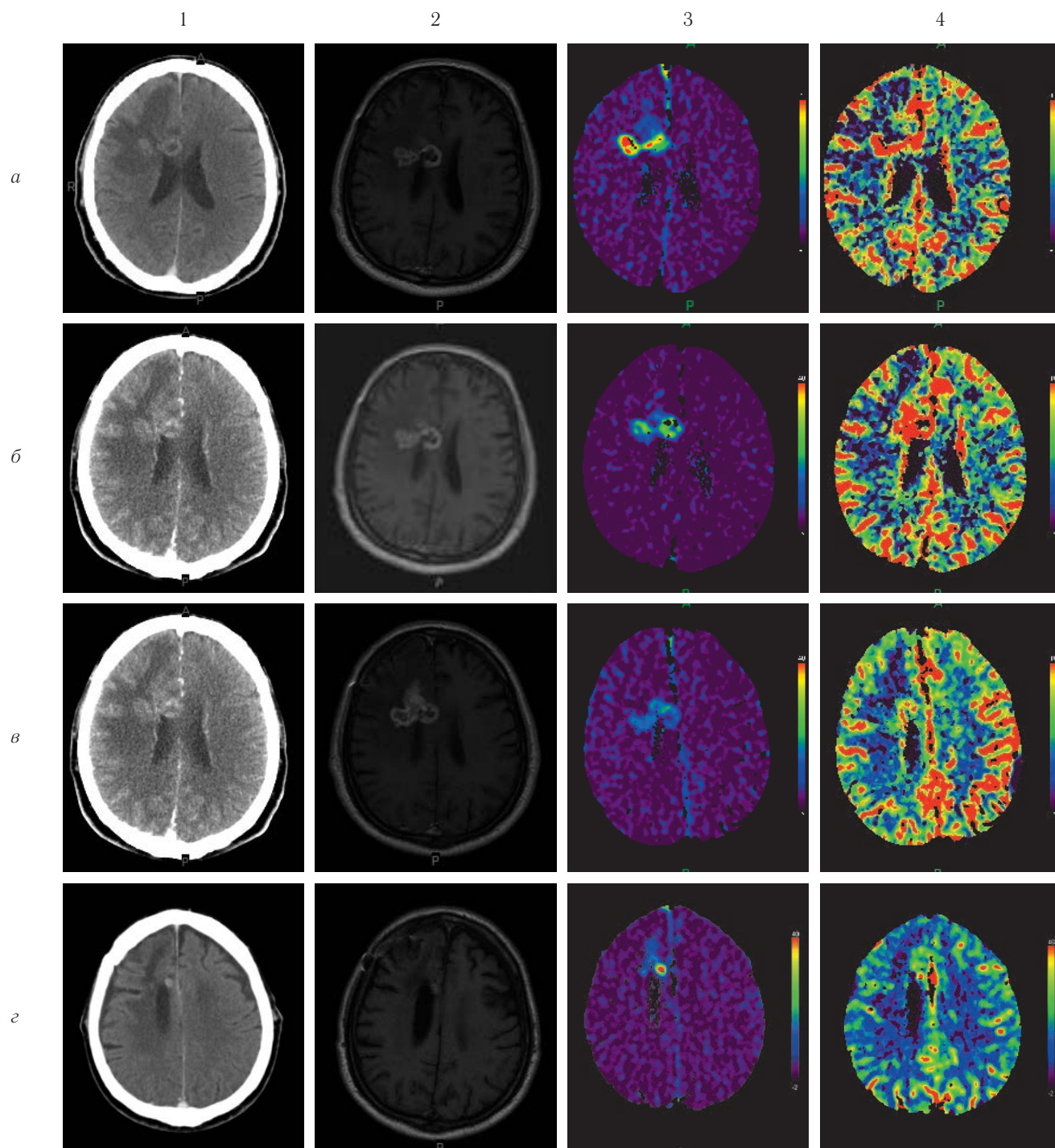


Рис. 3. Пациент М., 59 лет. Динамика показателей перфузии остаточной глиобластомы правой лобной доли с ростом в мозолистое тело после курса ЛТ и химиотерапии темодалом. ИПИ = 0,9 (промежуточный прогноз). 1 и 2 — данные КТ и МРТ с контрастированием; 3 — проницаемость PS, 4 — CBF: а — через 3 мес после химиолучевой терапии; б — через 6 мес после химиолучевой терапии; в — через 9 месяцев после химиолучевой терапии; г — через 18 мес после лечения. Отмечается снижение сосудистой проницаемости и CBF через 6 и 9 мес после комбинированного лечения на фоне отсутствия динамики макроскопических размеров опухоли, через 18 мес — уменьшение размеров опухоли.

лучевой терапии. Особенно значимым является устранение или облегчение судорожного синдрома.

В качестве противоэpileптических препаратов больным назначался прегабалин в начальной дозе 150 мг/сут с последующим увеличением дозы по 75 мг 1 раз в 3 дня либо кеппра в дозе 30–50 мг/кг в сутки при однократном приеме препарата с последующим переходом на двукратный прием под конт-

ролем клинической картины и данных электроэнцефалографии.

На фоне противосудорожной терапии прегабалином клинический эффект отмечался в течение первых 3–5 дней в виде уменьшения количества припадков с изменением качества припадков в последующие 10–24 дня ($p < 0,01$). При приеме препарата кеппра клинический эффект отмечался в течение первых

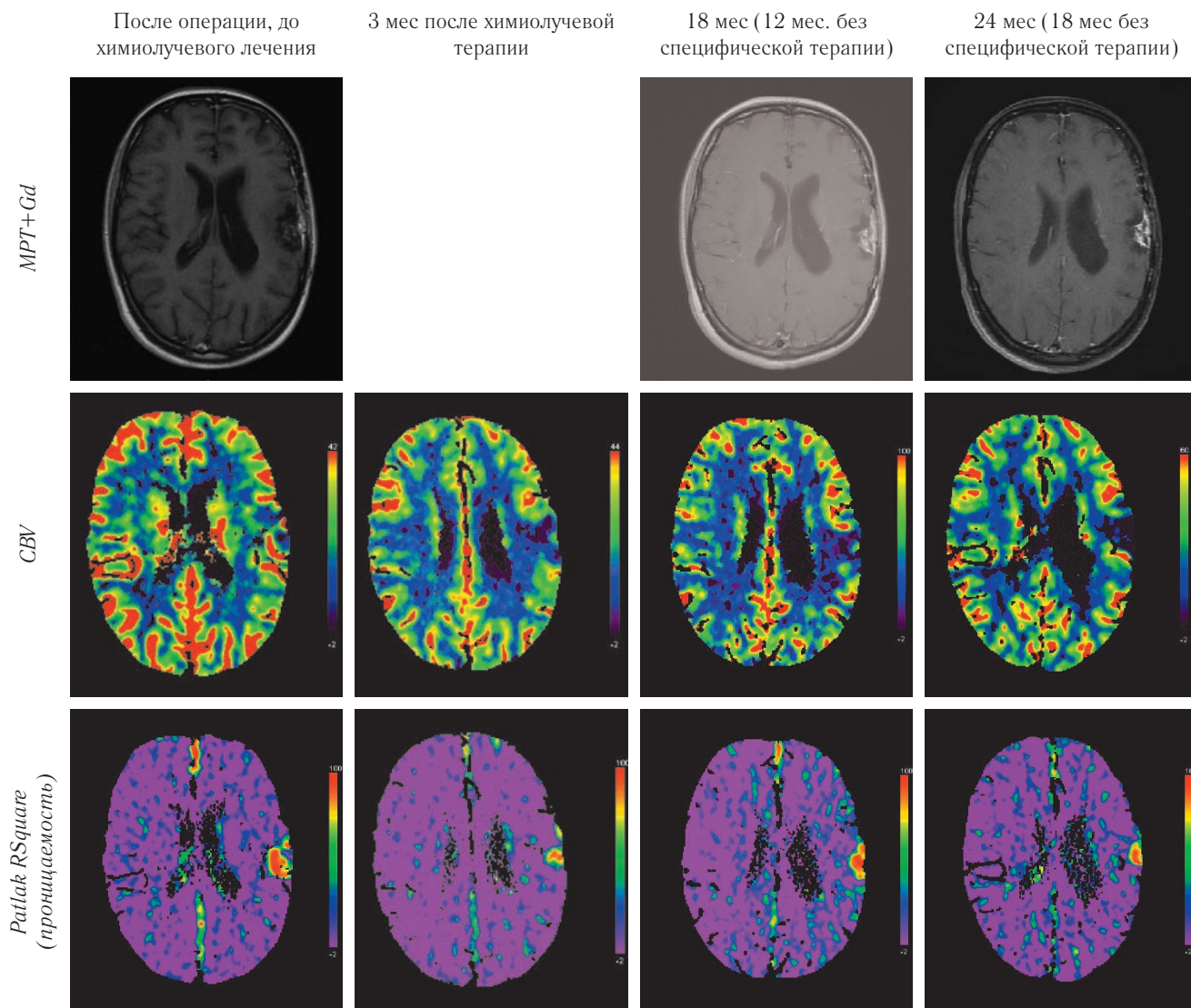


Рис. 4. Пациент К., 20 лет. Уменьшение размеров остаточной анапластической астроцитомы после курса ДЛТ и химиотерапии ломустинном и формирование на ее месте постлучевого некроза. ИПИ = 0,6 (промежуточный прогноз). Химиотерапия проводилась в течение 6 мес после операции, далее отменена в связи с нейтропенией и другими побочными реакциями.

5–10 часов в виде уменьшения количества припадков с изменением качества припадков в последующие 18–24 часа ($p < 0,001$).

Одновременно с началом лучевой терапии пациентам назначался дексаметазон в дозе 8–20 мг/сут для уменьшения перифокального отека и улучшения функционирования нервной системы. В связи с низкой минералокортикоидной активностью этот препарат используется при проведении лучевой терапии.

Таким образом, работа полипрофессиональной команды специалистов позволяет реализовать преемственность и комплексность в лечении пациентов с опухолями головного мозга. Наличие в составе СООД нейрохирургических отделений позволяет, реализуя комплексный подход, подбирать и контролировать назначение противосудорожной и другой неврологической терапии пациентам, получающим радио- или химиолечение.

Выводы.

1. Для оценки прогностической группы и выбора последующей тактики ведения пациентов с первич-

ными опухолями головного мозга необходимо учитывать прогностически значимые факторы: пол, возраст, общий статус по ECOG, распространенность опухолевого процесса и степень злокачественности по Grade.

2. Алгоритм комплексного лечения первичных опухолей головного мозга должен включать оперативное вмешательство с последующим адъювантным лечением в виде лучевой или химиолучевой терапии и строиться на основе определения прогностической группы.

3. Алгоритм использования методов лучевой диагностики для мониторинга результатов лечения зависит от прогностической группы и включает МРТ с внутривенным контрастированием либо МРТ в сочетании с перфузионной КТ.

4. Пациентам с опухолями головного мозга желательно проводить лечение в онкологических диспансерах с учетом принципов комплексности и преемственности в оказании помощи. При отсутствии в диспансере специализированных нейрохирургиче-

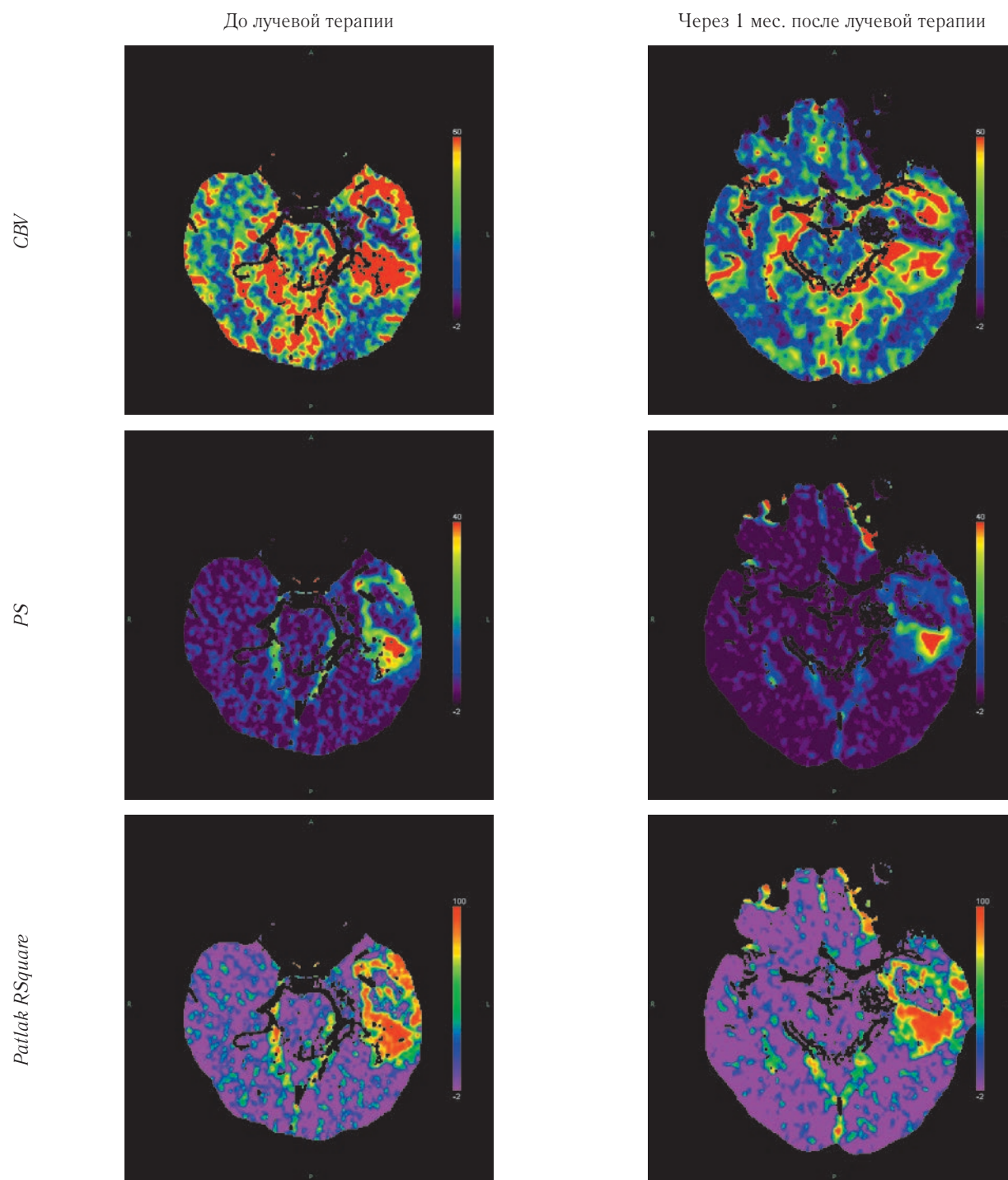


Рис. 5. Пациент Б., 52 года. Состояние после частичного удаления глиобластомы левой теменной доли. ИПИ = 1,2 (неблагоприятный прогноз). При контроле через 1 мес после лучевой терапии: небольшое уменьшение размеров, снижение в динамике показателей кровотока и проницаемости в опухоли.

CBV — объем мозгового кровотока; PS и Patlak RSquare — показатели сосудистой проницаемости.

ских отделений необходимо в штате диспансера с радиологами и химиотерапевтами адъювантного
иметь специалиста-нейрохирурга для совместного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Levin V. A. Neoplasms of the central nervous system / V. A. Levin, S. A. Leibel, P. H. Gutin // DeVita V. T. Jr., Hellman S., Rosenberg S. A., eds.: Cancer: Principles and Practice of Oncology. — 6th ed. — Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. — P. 2100–2160.
2. Чиссов В. И. Злокачественные новообразования в России в 2009 году (заболеваемость и смертность) / В. И. Чиссов, В. В. Старинский, Г. В. Петрова. — М.: Изд-во ФГУ МНИОИ им. П. А. Герцена, 2011. — 260 с.

3. Махнев В. В. Вопросы лечения пациентов с первичными опухолями головного мозга в Свердловском областном онкологическом диспансере / В. В. Махнев, А. С. Шершевер, Д. Л. Бенцион, С. А. Берзин // Российский нейрохирургический журнал им. проф. А. Л. Поленова. — 2011. — Т. III, № 4. — С. 12–16.
4. Гвоздев П. Б. Стереотаксический метод в хирургическом лечении образований головного мозга глубинной локализации / П. Б. Гвоздев // Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. — 2005. — № 1. — С. 17–20.
5. Штефан А. Ю. Современные аспекты химиолучевого лечения злокачественных глиом головного мозга / А. Ю. Штефан, Д. Д. Сакаева, Ф. Ф. Муфазалов // Медицинская наука и образование Урала. — 2007. — № 3. — С. 89–91.
6. Характеристика пациентов с рецидивом первичных опухолей головного мозга и подход к их комплексному лечению в СООД / В. В. Махнев, А. С. Шершевер, Д. Л. Бенцион, Ю. А. Миронова, М. А. Журавлева // Поленовские чтения: мат.-лы XII всероссийской науч.-практ. конференции. — СПб., 2013. — С. 200.
7. Application of CT in the investigation of angiogenesis in oncology / K. A. Miles, C. Chamsangavej, F. Lee, E. Fishman, K. Horton, T.-Y. Lee. // Acad. Radiol. — 2000. — Vol. 7. — P. 840–850.
8. Miles K. A. Functional imaging of cancer: combining perfusion CT with FDG-PET / K. A. Miles, M. R. Griffiths, L. Comber et al. // Cancer Imaging. — 2002. — Vol. 3. — P. 17–18.
9. Mullani N. Antiangiogenic treatment with endostatin results in uncoupling of blood flow and glucose metabolism in human tumors / N. Mullani, R. Herbst, J. Abbruzzese et al. // Clin. Positron Imaging. — 2000. — Vol. 3. — P. 151.
10. Li W. W. Tumor angiogenesis: molecular pathology, therapeutic targeting, and imaging / W. W. Li // Acad. Radiol. — 2000. — Vol. 7. — P. 800–811.
11. Журавлева М. А. Перфузионная компьютерная томография в дифференциальной диагностике продолженного роста опухоли и локального лучевого повреждения мозга у больных со злокачественными глиомами головного мозга / М. А. Журавлева, А. С. Шершевер, Т. Н. Трофимова // Поленовские чтения: мат.-лы XII всероссийской науч.-практ. конференции. — СПб., 2013. — С. 182–183.

Поступила в редакцию: 20.06.2013 г.

Контакт: М. А. Журавлева zhuravliki@e1.ru

Уважаемые коллеги

Издательством «Балтийский медицинский образовательный центр» в серии «Медицинский тематический архив» выпущен сборник

Нейронауки и ВИЧ-инфекция

Под ред. Н. А. Белякова, Т. Н. Трофимовой и В. В. Рассохина

МЕДИЦИНСКИЙ ТЕМАТИЧЕСКИЙ АРХИВ

Нейронауки и ВИЧ-инфекция

Под редакцией:
Н.А.Белякова, Т.Н.Трофимовой и В.В.Рассохина



БМОЦ
БАЛТИЙСКИЙ
Медицинский
Образовательный центр

№ 5
2013

Санкт-Петербург

Клинические проявления поражений нервной системы встречаются на различных стадиях ВИЧ-инфекции. Пациенты с поражением ЦНС различного генеза являются наиболее тяжелыми и диагностически сложными, для них характерна высокая летальность и высокий процент ранней инвалидизации. В издании представлены работы, посвященные вопросам ВИЧ и поражению ЦНС. Рассмотрены варианты проникновения ВИЧ в головной мозг, патофизиология процесса и клинические проявления со стороны ЦНС при поражении вирусом иммунодефицита человека, оппортунистическими заболеваниями и другими причинами.

Психические расстройства, в том числе нарушения, вызванные наркоманией, являются факторами риска, способствующими заражению ВИЧ, присутствие ВИЧ/СПИДа повышает риск развития психических отклонений. Данная коморбидность осложняет обращение за медицинской помощью, постановку диагноза, ведет к снижению качества оказываемой помощи, лечения и его результатов. Рассмотрены такие важные проблемы как: социальные и поведенческие особенности людей, затронутых проблемой ВИЧ-инфекции, особенности психического статуса и нервнопсихическая устойчивость больных

с ВИЧ-инфекцией, в том числе проблема суицида и психологическая адаптация. некоторые психосоциальные факторы, которые могут влиять на повышение риска заражения ВИЧ-инфекцией.

Издание подготовлено как учебное пособие для последиplomной подготовки специалистов, которое будет интересно клиницистам, занимающимся проблемами ВИЧ/СПИДа и поражением ЦНС, в первую очередь — инфекционистам, неврологам, психиатрам, а также врачам смежных специальностей и медицинским психологам.