

gardnerella, fungi of the genus Candida, Chlamydia, Mycoplasma and ureoplazma.

Most patients of the test groups were observed to have bacterial contamination of the vagina, mainly of associative character. Among HIV-positive pregnant women, especially in association with HVI, there was significantly smaller proportion of women with vaginal normal biocenosis (14.0% in mixed HVI against 28.0% - HIV-infected patients without HVI, $p < 0,05$). More than half of HIV-infected women were diagnosed to have HVI or severe vaginal dysbiosis. Almost half (46.0%) of women with HIV and HVI vagina had expressed dysbiosis, which was significantly higher than the proportion of women of the control group, and group 4 (16.0 and 24.0%, respectively, $p < 0,05$). Conclusions. Disturbances of vaginal microbiota are regarded as an additional negative factor for the development of obstetric and perinatal complications in HIV-infected pregnant women infected with HVI that requires adequate correction.

УДК 616-006.328 + 611.813.8 + 616-079.3 + 616-091

Багрій М.М., Данилишин І.Є., Закалик М.С., Богдан І.С., Іванов С.В.

МЕНІНГІОМА БОКОВОГО ШЛУНОЧКА

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

Внутрішньошлуночкові менингіоми вважаються досить рідкісним захворюванням і складають 0,5-4,5% усіх менингіом. Найбільш часто вони розташовуються в ділянці трикутника бокових шлуночків, на їх частку припадає до 55-68%. Джерелом утворення та росту внутрішньошлуночкових менингіом є клітини арахноїдендотелію судинних сплетень шлуночків, строма яких в онтогенезі розвивається з м'якої мозкової оболонки. Метою роботи було проведення клініко-морфологічного аналізу випадку фібробластичної менингіоми правого бокового шлуночка головного мозку у жінки 55 років, що супроводжувалась обтурацією отвору Монро та моноventрикулярною правобічною гідроцефалією. Діагноз верифіковано через рік від початку захворювання за допомогою магнітно-резонансної томографії головного мозку. При внутрішньошлуночковій локалізації менингіоми ступінь вираженості клінічних проявів залежить головним чином від близькості розташування пухлинного вузла до отвору Монро, оклюзія якого визначає розвиток внутрішньочерепної гіпертензії. Внутрішньошлуночкові менингіоми в більшості випадків доброякісні та резистентні до променевої терапії та хіміотерапії, основний метод їх лікування – хірургічне видалення.

Ключові слова: внутрішньошлуночкова менингіома, діагностика, патоморфологія.

Вступ

Менингіоми головного мозку становлять 20-24% усіх пухлин нервової системи [3]. Це найпоширеніший вид онкологічних захворювань центральної нервової системи, який зустрічається у пацієнтів старших 35 років, причому жінки хворіють в 2 рази частіше за чоловіків [2, 7]. Захворюваність менингіомами складає 7,2 на 100 000 населення в рік. У осіб віком 85 років і старших вона сягає 46 на 100 000 населення в рік, і більше ніж у 3 рази перевищує захворюваність гліомами [1, 6].

Менингіоми (арахноїдендотеліоми) – пухлини, які здебільшого походять із твердої мозкової оболонки та знаходяться на її внутрішній поверхні, набагато рідше їх місцем виникнення є м'якої мозкової оболонки. Джерелом утворення та росту внутрішньошлуночкових менингіом є клітини арахноїдендотелію судинних сплетень шлуночків, строма яких в онтогенезі розвивається з м'якої мозкової оболонки [4, 5]. Внутрішньошлуночкові менингіоми вважаються досить рідкісними пухлинами та складають 0,5-4,5% усіх менингіом. Найчастіше вони розташовуються в ділянці трикутника бокових шлуночків, на їх частку припадає до 55-68%. Первинні менингіоми III шлуночка зустрічаються рідше та становлять не більше 4-6% [1, 2, 7]. В літературі описані поодинокі випадки їх виявлення в IV шлуночку [5]. Перебуваючи в ділянці трикутника бокових шлу-

ночків, внутрішньомозкові менингіоми з'єднуються з судинним сплетенням за допомогою тонкої ніжки. Широка основа більш характерна для пухлин, що виходять з III шлуночка [1].

Поява неврологічної симптоматики, як правило, обумовлена вентрикуломегалією внаслідок оклюзії лікворопровідних шляхів, або в результаті впливу пухлинного вузла на прилеглі зони мозку [1, 2].

Мета роботи

Проведення клініко-морфологічного аналізу випадку внутрішньошлуночкової менингіоми у клініці нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру Західного регіону МО України (ВМКЦ ЗР).

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження став випадок внутрішньошлуночкової менингіоми у жінки 55 років з обтурацією отвору Монро та моноventрикулярною гідроцефалією.

Методи дослідження – аналіз медичної карти стаціонарного хворого нейрохірургічного відділення ВМКЦ ЗР, патогістологічне дослідження оперативної видаленої внутрішньошлуночкової пухлини із забарвленням гістохімією гематоксилином і еозином.

Результати досліджень та їх обговорення

Хвора К., 55 років, медична карта стаціонар-

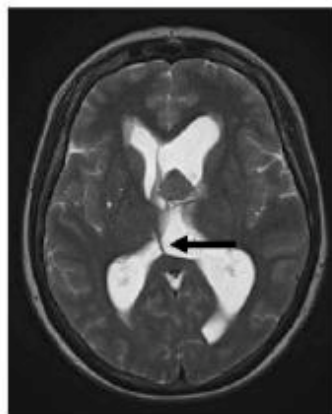
ного хворого №6309, поступила у ВМКЦ ЗР 19.05.2015 року зі скаргами на періодичну хиткість при ходьбі, швидку втомлюваність, втрату координації, «підкошування» ніг.

Анамнез хвороби: вищевказані скарги відмічає протягом останнього року. Лікувалась амбу-

латорно без верифікації діагнозу. На серії МРТ головного мозку ознаки об'ємного новоутвору правого бокового шлуночка з обтурацією отвору Монро, оклюзійною моноventрикулярною гідроцефалією (рис. 1).



Рис. 1. МРТ головного мозку з контрастуванням: об'ємний новоутвір правого бокового шлуночка з обтурацією отвору Монро, оклюзійна моноventрикулярна гідроцефалія.



Анамнез життя не обтяжений. Хворіє гіпертонічною хворобою (II стадія, ступінь 2, гіпертензивне серце), приймає ліпразид 10/12,5 мг.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, свідомість не порушена. Контакт і мова збережені. Зіниці округлої форми, D=S, 3,0 мм в діаметрі, фотореакції збережені. Горизонтальний дрібнорозмашистий ністагм в обидва боки. Обличчя симетричне, язик по середній лінії. Глибокі рефлекси жваві, симетричні. Патологічних рефлексів немає. Активні та пасивні рухи в кінцівках у повному об'ємі. Хода самостійна, хитка. М'язова сила достатня. Порушень чутливості немає. Дермографізм червоний. Менінгеальних симптомів немає.

Діагноз при поступленні: Об'ємний новоутвір правого бокового шлуночка з обтурацією отвору Монро, оклюзійною моноventрикулярною гідроцефалією.

Операція (20.05.2015 року): нейроендоскопічне видалення об'ємного новоутвору правого бокового шлуночка, отвору Монро, перфорація дна III шлуночка. Під час оперативного втручання ендоскопічно виявлено пухлину діаметром 2,2 см, яка обтурає отвір Монро, бере свій початок із хоріоїдального сплетення правого бокового шлуночка; мікрокоагуляцією пухлина відділена від сплетення та видалена; отвір Монро розширений, ендоскоп заведений до III шлуночка, перфорація дна III шлуночка (вентрикулоцистостомія).

Патогістологічно пухлина представлена сполучнотканинними волокнами та пучками витягнутих клітин із веретеноподібними ядрами (рис. 2).

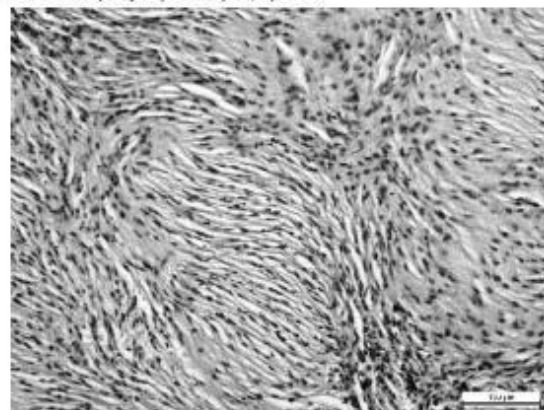


Рис. 2. Фібробластична менингіома. Зabarелення: гематоксилін та еозин. 36.: ×200.

У післяопераційному періоді у хворі зберігаються головні болі, незначні координаторні порушення, гіпотермія 34,5°C, тенденція до артеріальної гіпертензії (АТ 160-180/100-110 мм рт.ст.), неврологічно парез погляду догори, руховий дефіцит не поглиблюється, наявна незначна ригідність потиличних м'язів.

Контрольне КТ-обстеження: 26.05.15 р. – правий боковий шлуночок розширений з гіперденсивною зоною розміром 1,4×1,8×2,8 см, що по щільності відповідає крові; 02.06.15 р. – відмічається позитивна динаміка: зона гіперсенситивності в правому шлуночку зменшилась по щільності.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень, рана загоїлась первинним натягом.

Результати та їх обговорення

Вкрай рідко можливий розвиток менингіом у шлуночковій системі головного мозку. Ступінь вираженості клінічних проявів залежить голо-

вним чином від близькості розташування пухлинного вузла до отвору Монро, оклюзія якого визначає розвиток внутрішньочерепної гіпертензії [7]. Точний топічний діагноз, вихідну зону росту, розміри, васкуляризацію пухлини та її взаємовідношення з прилеглими анатомічними структурами дозволяють встановити КТ, МРТ і МР-ангіографія [2]. Через те, що внутрішньошлуночкові менингіоми в більшості випадків доброякісні та резистентні до променевої та хіміотерапії, основний метод їх лікування – хірургічне видалення [1, 2].

Перспективи подальших досліджень

Провести клініко-морфологічні кореляції менингіом у нейрохірургічній клініці.

Література

1. Тянь В.К. Внутривентрикулярная менингиома / В.К. Тянь, А.Е. Жалбагаев, Т.К. Муханов [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2014. – №4. – С. 216-219.
2. Кариев М.Х. Хирургический доступ к внутривентрикулярным менингиомам головного мозга / М.Х. Кариев, Р.А. Алимов, Д.Р. Алимов // Украинский нейрохирургический журнал. – 2007. – №3. – С. 77-78.
3. Кондратюк В.В. Експресія білка Ki-67 у клітинах множинних менингіом / В.В. Кондратюк, М.С. Кваша, Г.А. Хмельова // Онкологія. – 2006. – Т.8, №4. – С. 334-337.
4. Дмитренко В.В. Надзвичайно високий вміст мРНК IGF-II-асоційованого білка в менингіомах / В.В. Дмитренко, Т.В. Букреева, К.О. Шостак [та ін.] // Український біохімічний журнал. – 2007. – Т. 79, №2. – С. 55-61.

5. Махмудов У.Б. Первичная менингиома IV желудочка / У.Б. Махмудов, А.А. Шелеско, С.В. Таняшин [и др.] // Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко. – 2003. – №2. – С. 26-28.
6. Коновалов А.Н. Проблема менингиом: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко и перспективы / А.Н. Коновалов, А.В. Козлов, В.А. Черкаев [и др.] // Вопросы нейрохирургии. – 2013. – №1. – С. 12-23.
7. Шебзухова Л.М. Диагностика менингиом боковых и третьего желудочков головного мозга / Л.М. Шебзухова, В.П. Берснев // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – №11. – С. 7-11.

References

1. Tjan V.K. Vnutrizheludochkovaja meningioma / V.K. Tjan, A.E. Zhabagaev, T.K. Muhanov [i dr.] // Vestnik Kazhaskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta. – 2014. – №4. – S. 216-219.
2. Kariev M.H. Hirurgicheskij dostup k vnutrizheludochkovym meningiomam golovnogo mozga / M.H. Kariev, R.A. Alimov, D.R. Alimov // Ukrain's'kij neirohirurgichnij zhurnal. – 2007. – №3. – S. 77-78.
3. Kondratjuk V.V. Ekspresija bilka Ki-67 u klitinah mnozhinnih meningiom / V.V. Kondratjuk, M.S. Kvasha, G.A. Hmel'ova // Onkologija. – 2006. – T.8, №4. – S. 334-337.
4. Dmitrenko V.V. Nadzvichajno visokij vmist mRNK IGF-II-asocijovanogo bilka v meningiomah / V.V. Dmitrenko, T.V. Bukreeva, K.O. Shostak [ta in.] // Ukrain's'kij biokhimichnij zhurnal. – 2007. – T. 79, №2. – S. 55-61.
5. Mahmudov U.B. Pervichnaja meningioma IV zheludochka / U.B. Mahmudov, A.A. Shelesko, S.V. Tanjashin [i dr.] // Voprosy neirohirurgii imeni N.N. Burdenko. – 2003. – №2. – S. 26-28.
6. Konovalov A.N. Problema meningiom: analiz 80-letnego materiala Instituta neirohirurgii im. N.N. Burdenko i perspektivy / A.N. Konovalov, A.V. Kozlov, V.A. Cherekaev [i dr.] // Voprosy neirohirurgii. – 2013. – №1. – S. 12-23.
7. Shebzuhova L.M. Diagnostika meningiom bokovyh i tret'ego zheludochkov golovnogo mozga / L.M. Shebzuhova, V.P. Bersnev // Zhurnal nevrologii i psichiatrii. – 2007. – №11. – S. 7-11.

Реферат

МЕНИНГИОМА БОКОВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Багрий Н.Н., Данилюшин И.Е., Закалык М.С., Богдан И.С., Иванов С.В.

Ключевые слова: внутривентрикулярная менингиома, диагностика, патоморфология.

Внутрижелудочковые менингиомы считаются достаточно редким заболеванием и составляют 0,5-4,5% всех менингиом. Наиболее часто они располагаются в области треугольника боковых желудочков, на их долю приходится до 55-68%. Источником образования и роста внутрижелудочковых менингиом являются клетки арахноидэндотелия сосудистых сплетений желудочков, строма которых в онтогенезе развивается с мягкой мозговой оболочкой. Целью работы было проведение клинико-морфологического анализа случая фибробластической менингиомы правого бокового желудочка головного мозга у женщины 55 лет, что сопровождалось обтурацией отверстия Монро и моноventрикулярной правосторонней гидроцефалией. Диагноз верифицирован через год от начала заболевания с помощью магнитно-резонансной томографии головного мозга. При внутривентрикулярной локализации менингиомы степень выраженности клинических проявлений зависит главным образом от близости расположения опухолевого узла к отверстию Монро, окклюзия которого определяет развитие внутричерепной гипертензии. Внутрижелудочковые менингиомы в большинстве случаев доброкачественные и резистентные к лучевой терапии и химиотерапии, основной метод их лечения – хирургическое удаление.

Summary

LATERAL VENTRICULAR MENINGIOMA

Bagryi N.M., Danylyshyn I.Ye., Zakalyk M.S., Bogdan I.S., Ivanov S.V.

Key words: intraventricular meningioma, diagnosis, pathomorphology.

Intraventricular meningioma is a quite rare disease and makes up 0,5-4,5% of meningiomas. Most often they are found in the area of the triangle lateral ventricles, they constitute up to 55-68%. The source of the formation and growth of intraventricular meningiomas are cells of stroma of ventricular vascular plexus which develops in ontogeny of pia mater. The aim was to conduct clinical and morphological analysis of the case fibroblastic meningioma of the right lateral ventricle of the brain of a 55 year old woman, which is accompanied with obturation of Monroe aperture and right-lateral ventricular enlargement, and right-lateral ventricular enlargement. The diagnosis was verified in a year after the onset of the disease by magnetic resonance imaging of the brain with contrast. In case of intraventricular meningioma, the severity of clinical manifestations mainly depends on the proximity of the tumor to the Monroe aperture, which occlusion determines the development of intracranial hypertension. Intraventricular meningiomas are benign in most cases and resistant to radiation and chemotherapy, therefore the main approach in their treatment is surgical removal.