

Геометрический показатель триангулярный индекс TI при локализации ИМ в правом КБА был достоверно ниже, чем аналогичный показатель у больных с ИМ в левом КБА: 3 [3,5] и 6,5 [4,3] соответственно; $p=0,027$. Спектральный анализ ВСР выявил некоторые различия мощности спектра в области низких частот и симпатовагального баланса. Однако эти отличия имеют характер статистической тенденции: LF: 30,7 [18,5] и 45,3 [14,6] % соответственно; $p=0,067$; LF/HF: 0,57 [0,97] и 1,54 [1,0] соответственно; $p=0,092$. В то же время обнаружена достоверная разница вегетативного обеспечения сердечного ритма у больных с расположением ИМ в левом КБА и ВББ: LF: 45,3 [14,6] и 36,5 [11,2] % соответственно; $p=0,033$; LF/HF: 1,54 [1,0] и 0,83 [0,59] соответственно; $p=0,044$. Выраженность и регресс неврологических нарушений, вызванных инсультом, представлены в таблице.

Выводы. При расположении малых глубинных ИМ в правом КБА обнаружено достоверное снижение временных и геометрических параметров ВСР (SDNN, AMo, pAMo, TI) по сравнению с левым КБА, что свидетельствует о доминировании симпатического отдела регуляции сердечного ритма.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЧАГОВЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПО ДАННЫМ ПУНКЦИОННЫХ СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИХ БИОПСИЙ, КЛИНИКИ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

**Заборонок А.А., Сидорович Р.Р., Шкут Д.Н.,
Алексеев В.В., Высоцкий А.Д.**

ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии»

Очаговые повреждения ЦНС имеют общие характеристики и схожую неврологическую симптоматику. Часто очаговые поражения головного мозга требуют проведения тщательной дифференциальной диагностики. Прежде всего, к таким процессам относятся новообразования, воспалительные поражения, демиелинизирующие заболевания, недиагностированная нейротравма.

Цель. Разработка дифференциально-диагностических критериев очаговых поражений головного мозга путем получения и обработки данных лучевых исследований, стереотаксических биопсий в сопоставлении с клинической картиной, внедрение полученных критериев в практическое здравоохранение. Поставленная цель достигается

выполнением следующих задач: разработка одиночной или множественной траектории стереотаксических доступов на основании данных о локализации, размерах и соотношении патологических очагов с сосудами и функциональными зонами головного мозга, а также глубины их расположения; разработка оптимального места забора гистологического материала (на границе с мозгом, периферическая часть, центральная часть); разработка технологии получения гистологических препаратов после взятия стереотаксической биопсии; сопоставление данных гистологических исследований с лучевыми методами исследования и клиническими данными.

Методы. Объект исследования - больные с очаговыми поражениями головного мозга различной этиологии. Для исследования планируется произвести стереотаксическую биопсию участков очагового поражения глубинной локализации у 75 больных. Предмет исследования: клиническая картина заболеваний, данные лабораторных методов исследования (ОАК, БАК: общий белок и белковые фракции, КФК-ВВ, люмбальная пункция), МРТ, РКТ, данные морфологического анализа проб биоптатов.

В работе используется стандартный неврологический осмотр, методы нейровизуализации (МРТ, КТ) и лабораторной диагностики (общий и биохимический анализ крови и ликвора), гистологического исследования проб биоптатов. Очевидно, что при опухолевых поражениях головного мозга гистологическое заключение играет решающую роль в определении оптимальной терапии. Установление гистологического диагноза устранило бы такого рода ошибки, приводящие к неадекватной терапии. Стереотаксическая биопсия - широко распространенная во всем мире процедура для получения образцов патологической ткани из различных участков мозга.

Результаты. На базе РНПЦ неврологии и нейрохирургии стереотаксическая биопсия была выполнена 7 пациентам с очаговыми поражениями ЦНС глубинного расположения. Во всех случаях дифференциальная диагностика по данным МРТ, клиники и лабораторных методов была невозможна. У 4 из них гистологически была верифицирована астроцитома, у 2 - лимфома и у 1 - олигоастроцитома, которая по данным МРТ поражала обширную зону белого вещества обоих полушарий и имела нечеткие границы без выраженного масс-эффекта. Всем больным предложена рациональная патогенетическая терапия. В последнем случае без гистологической верификации существовал высокий риск ошибочного диагноза и неадекватной терапии, что подтверждает актуальность дальнейших исследований в данной области.