

К ОСОБЕННОСТЯМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЗЖЕЧКА

С.Н. НОРКУЛОВ, А.Ш. ШОДИЕВ, А.М. МАМАДАЛИЕВ, Н.У. НОРКУЛОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

МИЯЧА ЎСМАЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШИДАГИ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ ҲАҚИДА

С.Н. НОРКУЛОВ, А.Ш. ШОДИЕВ, А.М. МАМАДАЛИЕВ, Н.У. НОРКУЛОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

TO THE FEATURES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CEREBELLAR TUMOURS

S.N. NORKULOV, A.Sh. SHODIEV, A.M. MAMADALIYEV, N.U. NORKULOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Бу текширишга 35 нафар (21та аёл, 14та эркак) беморларнинг комплекс текшириш ва даволашга оид маълумотлар киритилган, беморларнинг ўртача ёши 30 ёшни (3 ёшдан 69 ёшгача) ташкил қилади. Барча беморларда комплекс жумладан, бош мия компьютер ва магнитно-резонанс томография текширувлари ўтказилган. Операциядан кейинги ўлим 6 (17,1%) беморда кузатилиб, у ўсма субтотал олинганда кўпроқ (11,4%), ўсма тотал олинганда ва биопсия қилинганда биттадан беморда кузатилган. Мияча ўсмаларини даволаш натижалари замонавий хирургик усулларни қўллаш ва операция радикалига боғлиқ.

Калит сўзлар: мияча ўсмалари, медуллобластома, гемисфера, астроцитома, эпендимома.

In the present research are included the data of complex investigation and treatment of 35 (21 women, 14 men) patients, the average age of the patients consisted 30 years (from 3 till 69 years). To all patients was spent complex investigation, including brain CT, MRI and contrast CT, MRI. Postoperative mortality was observed in 6 (17.1%) patients, and it is dominated after subtotal removal of the tumor (11.4%), and in patients after total removal of the tumor and biopsy death was registered only on one occasion. Results of treatment of cerebellar tumors depends on application of modern surgical methods and their efficacy.

Key words: tumor of the cerebellum, medulloblastoma, hemisphere, astrocytoma, ependymoma.

Актуальность диагностики и лечения опухолей мозжечка обусловлена распространенностью этих патологий, тяжестью течения и недостаточной эффективностью распространенных методов лечения. Среди нейроонкологических заболеваний у детей опухоли мозжечка составляют от 70,6 до 73,6%, по гистологической структуре из них медуллобластомы составляют от 29,0% до 48,9%, астроцитомы от 32,1% до 36,0%, эпендимомы от 1,4% до 18,0% [1,9].

Тяжесть течения и серьезность прогноза у больных с опухолями мозжечка обусловлены развитием гидроцефально-гипертензионного и дислокационного синдромов. Развитие гидроцефалии при локализации опухоли в мозжечка встречается чаще, чем при иной локализации и обусловлено окклюзией ликворных путей [3,7,8].

Методы нейровизуализации, такие как компьютерная томография (КТ) и особенно магнитно-резонансная томография (МРТ), появившиеся в 70-х 80-х годах XX века позволили сделать большой прорыв в неинвазивном изучении локализации и строения опухолей мозга, закономерностей их роста и кровоснабжения, взаимоотношения с окружающими тканями, динамики их развития [2,4].

Хирургическая тактика заключается по возможности в радикальном удалении опухоли с последующим восстановлением ликворооттока. При помощи ликворо-шунтирующих операций хотя и удается достигнуть контроля за гидроцефалией, однако после этих операций в 70-95% случаев состояние больных становится дренаже-зависимым и у 1/3 больных наблюдается развитие тех или иных осложнений [5,6].

Изучение результатов применения различных лечебно-диагностических подходов на хорошо верифицированном клиническом материале способствует определению эффективности существующих методов диагностики и лечения опухолей мозжечка.

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение диагностики и лечения опухолей мозжечка.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование включены данные комплексного обследования и лечения 35 (21 женщин, 14 мужчин) больных. Средний возраст пациентов составил 30 лет (от 3 до 69 лет), находившихся в стационарном лечении в отделении нейрохирургии клиники Самаркандского медицинского института по поводу опухолей моз-

жечка с 2012 г по 2014 года. Всем больным проводилось комплексное обследование, включая КТ, (МРТ) и контрастированные КТ, МРТ головного мозга.

Результаты исследования и их обсуждение. Для диагностики опухолей мозжечка было произведено всем 35 (100,0%) больным МРТ, у 8 (22,8%) больным КТ и у 9 (25,7%) больным контрастная МРТ головного мозга. КТ и МРТ картина в зависимости от структуры самой опухоли у 14 (40,0%) была кистозная, у 5 (14,3%) солидная, у 6 (17,1%) кистозно-солидная и у 10 (28,6%) инфильтративная (рис.1).



Рис.1.КТ и МРТ картина в зависимости от структуры опухоли.

По локализации у 13 (37,0%) она локализовалась в гемисферах, у 10 (28,5%) пациентов в черве мозжечка, у 8 (22,8%) пациентов в мостомозжечковом углу, у 4 (11,4%) пациента в IV-ом желудочке. (рис.2).

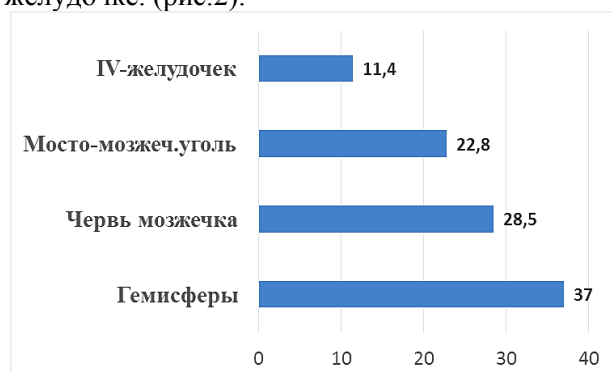


Рис. 2. Локализация опухоли.

Всем больным проводилось оперативное лечение, суть которого заключалась как можно в радикальном удалении опухоли в зависимости от операбельности самой опухоли с последующим восстановлением ликворооттока.

В зависимости от локализации опухоли нами применялись следующие оперативные доступы: у 22 (62,8%) больных срединный разрез кожи и резекция чешуи затылочной кости, у 13 (37,2%) больных парамедианный разрез кожи

слева или справа и резекция затылочной кости слева, из них 5 больным (14,3%) была произведена вентрикулоцистерностомия по Торкильдсену с целью нормализации ликвородинамики.

При гистологическом исследовании этих опухолей наиболее часто были выявлены медуллобластомы (42,9%), за ними последовали астроцитомы (37,1%) и эпендимомы у (20,0%)(рис. 3).



Рис. 3.Гистологическая структура опухолей мозжечка

Следует отметить, что из 35 оперированных больных тотальное удаление опухоли достигнуто у 26 (74,3%), субтотальное удаление у 7 (20,0%) и биопсия у 2 (5,7%) больных.

Послеоперационная летальность отмечена у 6 (17,1%) больных, причем она доминировала после субтотального удаления опухоли (11,4%), а у больных после тотального удаления опухоли и биопсии летальный исход отмечен лишь по одному случаю.

Выводы: 1. Основными методами в диагностике опухолей мозжечка являются магнитно-резонансная и компьютерно-томографические методы исследования, позволяющие определить структуры, морфологические особенности, наличие инфильтрации, кисты и отека с их качественной и количественной оценкой.

2. Среди опухолей мозжечка чаще выявляются кистозные (40,0%), солидные и инфильтративные (по 28,6%), относительно меньше-кистозно-солидные (17,1%) опухоли. Эти опухоли преимущественно локализовываются в гемисферах (37,0%) черве (28,5%), далее в мостомозжечковом углу (22,8%) и IV-ом желудочке (11,4%).

3. По гистологической структуре среди опухолей мозжечка преобладают медуллобластомы (42,9%), за ними следуют астроцитомы (37,1%) и эпендимомы (20,0%). Результаты лечения опухолей мозжечка зависят от применения современных хирургических методов и их радикальности.

Литература:

1. Алиходжаева Г.А. Хирургическое лечение опухолей мозжечка и IV желудочка у детей. //Нейрохирургия. № 2 - 1999- С. 17-19.
2. Ананьева И.И., Малкаров М.С., Корсакова Н.А., Балконов А.С., Дорофеев А.Е., Качкое И.А., Сучков С.В. Глиальные опухоли головного мозга: современные аспекты классификации и основы генетической предрасположенности// Архив патологии. 2007. Т. 69. № 1. С. 54-60.
3. Горелышев С.К. Опухоли хиазмы и дна III желудочка: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2004.
4. Ким А. В. Диагностика и лечение гидроцефально-гипертензионного синдрома у детей с опухолями задней черепной ямки, дисс. к.м.н., 2004.
5. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Озерова В.И., Пронин И.Н. Нейрорентгенология детского возраста. М: Антидор 2001.
6. Щербенко О.И. Эпендимомы головного мозга. Современное состояние вопроса. Обзор литературы// Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи. 2012. Т. 2. № 12. С. 14-14.
7. ЩигOLEV Ю.С., Гизатуллин Ш.Х., Сидоренко В.В., Смородский С.Г. Метастатические опухоли нервной системы// Военно-медицинский журнал. 2006. Т. 327. № 6. С. 30-34.
8. Bruns D.E., Ashwood E.R., Burtis C.A. (eds.). Fundamentals of Molecular Diagnostics. St Louis: Saunders 2007.
9. Ling Weiwang, Cheng Ying Shiau, Wen Yuh Chung. Gamma Knife surgery for low-grade astrocytomas: evaluation of long-term outcome based on a 10-year experience. J Neurosurg 2006; 105: Suppl: 127- 132.
10. Louis D.N., Ohgaki H., Wiestler O.D., Cavenee WK., Burger PC., Jouvet A., Scheithauer B.W., Kleihues P. The 2007 WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System. Acta Neuropathol 2007; 114 (2): 97-109.

К ОСОБЕННОСТЯМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЗЖЕЧКА

С.Н. НОРКУЛОВ, А.Ш. ШОДИЕВ,
А.М. МАМАДАЛИЕВ, Н.У. НОРКУЛОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

В настоящее исследование включены данные комплексного обследования и лечения 35 (21 женщин, 14 мужчин) больных, средний возраст пациентов составил 30 лет (от 3 до 69 лет). Всем больным проводилось комплексное обследование, включая компьютерно-и магнитно-резонансную томографическое обследование. Послеоперационная летальность отмечена у 6 (17,1%) больных, причем она доминировала после субтотального удаления опухоли (11,4%), а у больных после тотального удаления опухоли и биопсии летальный исход отмечен лишь по одному случаю. Результаты лечения опухолей мозжечка зависят от применения современных хирургических методов и их радикальности.

Ключевые слова: опухоли мозжечка, медуллобластома, гемисфера, астроцитомы, эпендимома.