Journal of Biomedical Sciences | ISSN: 2960-9356
Research Article Peer-review, Open Access

В РЕЗУЛЬТАТЕ ОПТИМИЗАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОПУХОЛЯХ МОЗЖЕЧКА

Норкулов Сирожиддин Нажмиддинович[1], Норкулов Нажмиддин Уралович[2]

Аннотатция

Данное исследование включает результаты комплексного обследования и лечения 37 (21 женщин, 16 мужчин) больных, средний возраст пациентов составил 30 лет (от 5 до 76 лет). Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее компьютерно и магнитно-резонансного томографического обследования. Послеоперационная летальность отмечена у 5 (13,5%) больных, причем она доминировала после субтотального удаления опухоли, а у больных после тотального удаления опухоли и биопсии летальный исход неотмечен. Результаты лечения опухолей мозжечка зависят от применения современных хирургических методов и их радикальности.

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

[1,2] Самаркандский государственный медицинский университет, город Самарканд, Республика Узбекистан

Актуальность. 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) позволили сделать большой прорыв в неинвазивном изучении локализации и строении 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 ликворошунтирующих операций хотя и удается достигнуть контроля за гидроцефалией, однако после этих операций в 70-95% случаев состояние больных становится дренажезависимым и у 1/3 больных наблюдается развитие тех или иных осложнений[5,6] .

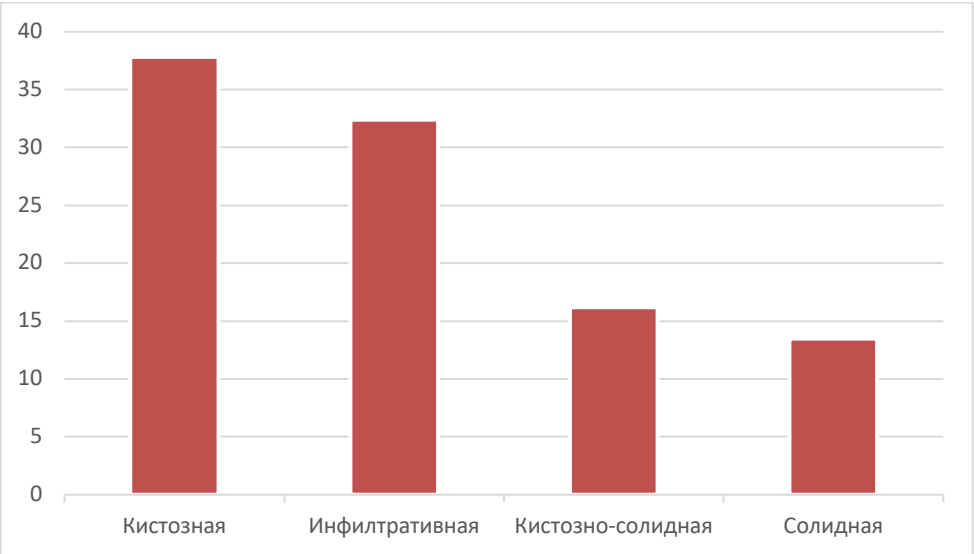
Изучение результатов применения различных лечебно-диагностических подходов способствует определению эффективности существующих методов диагностики и лечения опухолей мозжечка.

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 37 (21 женщин, 16 мужчин) больных. Средний возраст пациентов составил 30 лет (от 5 до 76 лет), находившихся в стационарном лечении в отделении нейрохирургии клиники Самаркандского медицинского института по поводу опухолей мозжечка с 2018 г по 2021 год. Всем больным проводилось комплексное обследование, включая обычных и контрастированных КТ, МРТ исследований головного мозга.

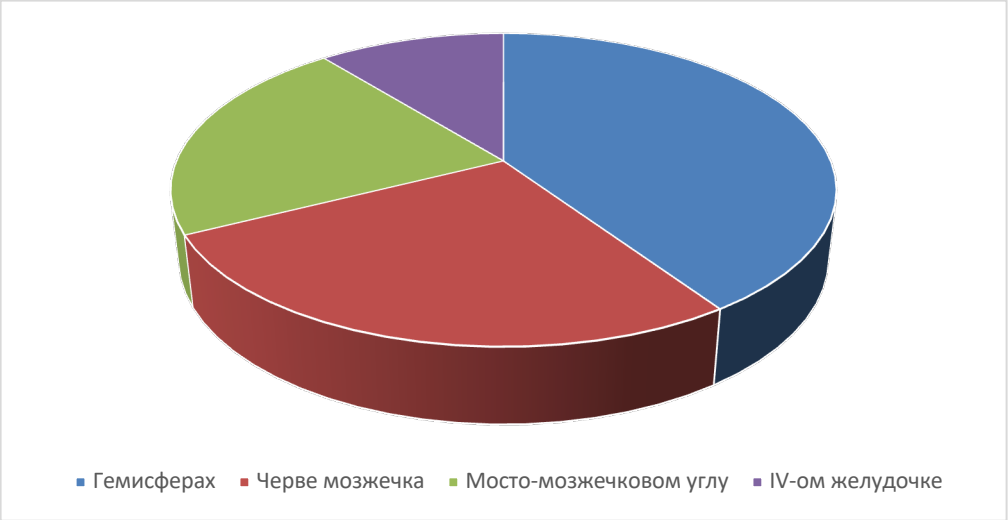
Результаты исследования и их обсуждение. Для диагностики опухолей мозжечка было произведено всем (100,0%) больным МРТ и КТ, у (29,7%) больным контрастная МРТ головного мозга. КТ и МРТ картина в зависимости от структуры самой опухоли у 14 (37,8%) была кистозная, у 5 (13,5%) солидная, у 6 (16,2%) кистозно-солидная и у 12 (32,4%) инфильтративная (Рис.1).

Рис.1 Распределение опухолей мозжечка в зависимости от структуры



По локализации у 15 (40,5%) она локализовалась в гемисферах, у 10 (27,0%) пациентов в черве мозжечка, у 8 (21,6%) пациентов в мосто-мозжечковом углу, у 4 (10,8%) пациента в IV-ом желудочке (Рис.2).

Рис.2 Локализация опухолей мозжечка

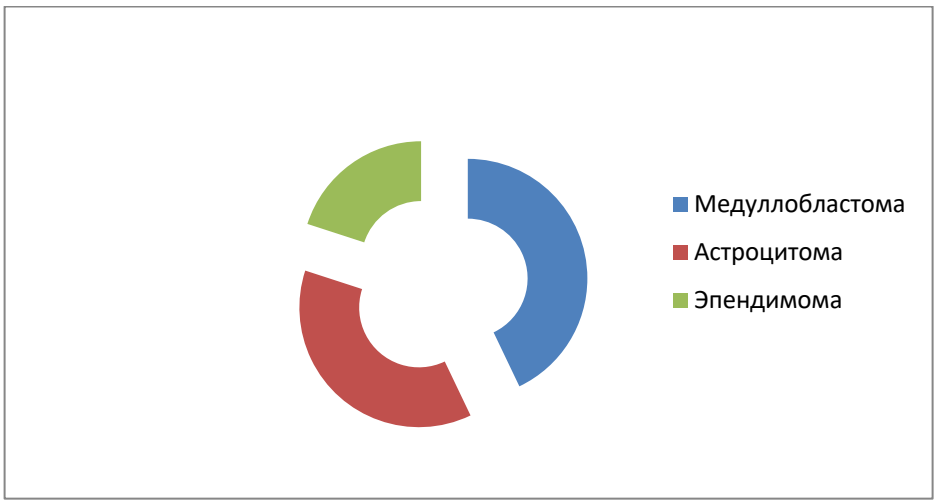


Всем больным проводилось оперативное лечение, суть которого заключалась как можно в радикальном удалении опухоли в зависимости от операбельности самой опухоли с последующим восстановлением ликворооттока.

С учетом локализации опухолей мозжечка нами применялись следующие оперативное доступы: у 23 (62,2%) больных срединный разрез кожи и резекция чешуя затылочной кости, у 14 (37,8%) больных парамедианный разрез кожи слева или справа с резекцией затылочной кости. Из 37 больных 17 больным (45,9%) была произведена вентрикулоцистерностомия по Торкильдсену с целью нормализации ликвородинамики.

При гистологическом исследовании среди больных с опухолями мозжечка 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 37 оперированных больных тотальное удаление опухоли достигнуто у 27 (73,0%), субтотальное удаление у 8 (21,6%) и биопсия произведена у 2 (5,4%) больных.

Послеоперационная летальность отмечена у 5 (13,5%) больных, причем она отмечалась только среди больных, которым осуществлялось субтотальное удаление опухоли, а у больных после тотального удаления опухоли и биопсии летальный исход неотмечен.

Выводы:

1. Основными диагностическими дополнительными методами 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 (37,8%), инфильтративные (32,4%), относительно меньше - кистозно-солидные (16,2%) и солидные (13,5%) опухоли. Эти опухоли преимущественно локализовываются в гемисферах (40,5%), черве (27,0%), далее в мосто-мозжечковом углу (21,6%) и IV-ом желудочке (10,8%). Среди опухолей мозжечка преобладают медуллобластомы (42,9%), за ними следуют астроцитомы (37,1%) и эпиндимомы (20,0%).

3. Результаты хирургического лечения опухолей мозжечка зависят от применения современных хирургических методов и их радикальности.

Список литературы:

1. 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.
2. *Горелышев С.К.* Опухоли хиазмы и дна III желудочка: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2004.
3. Ким А. В. Диагностика и лечение гидроцефально-гипертензионного синдрома у детей с опухолями задней черепной ямки, дисс. к.м.н., 2004.
4. *Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Озерова В.И., Пронин И.Н.* Нейрорентгенология детского возраста. М: Антидор 2001.
5. Норкулов С.Н., Шодиев А.Ш., Мамадалиев А.М., Норкулов Н.У. К особенностям диагностики и лечения опухолей мозжечка // Проблемы биологии и медицины, № 2 (83), Стр. 79-82, 2015, г. Самарканд.
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. Щиголев 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.