



## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫМИ МЕНИНГИОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

"ALFRAGANUS UNIVERSITY" – НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ВЫСШЕЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, КАФЕДРА КЛИНИЧЕСКИХ  
ДИСЦИПЛИН МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.

*Холиков Н.Х.*

*РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНЫЙ  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ*

*Аннотация:* Резюме: Опухоли головного мозга составляют 1,8-2,3% от общего числа онкологических заболеваний, а частота заболеваемости первичными опухолями головного мозга достигает 14,1 на 100000 населения. Менингиомы составляют 15—20 % всех первичных опухолей головного мозга, проявляются обычно в возрасте 35—55 лет, почти в два раза чаще бывают у женщин. Менингиомы больших полушарий головного мозга составляют 47% всех менингиом головного мозга. Значительная часть из них - конвекситальные. Судороги представляют собой частое проявление внутричерепных менингиом. В этой статье анализированы результаты хирургического лечения, клиническое течение и осложнения у 50 больных с менингиомами головного мозга супратенториальной локализации.

*Ключевые слова:* эпилепсия, менингиома, перифокальный отек.



**БОШ МИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛ ЎСМАЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН  
БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ**

*Холиков Н.Х.*

*"ALFRAGANUS UNIVERSITY" NODAVLAT OLIY TA'LIM TASHKILOTI,  
TIBBIYOT FAKULTETI KLINIK FANLAR KAFEDRASI*

*РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН НЕЙРОХИРУРГИЯ  
ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ*

Annatotsiya: Onkologik kasalliklar umumiy sonining 1,8-2,3% ini miya o'smalari tashkil etadi va boshlang'ich miya o'smalari bilan kasallanish darajasi 100 000 aholiga 14,1 taga etadi. Meningiomalar, asosan, 35-55 yoshgacha bo'lgan barcha boshlang'ich miya o'smalarining 15-20% ini tashkil qiladi va ayollarda deyarli ikki barobar keng tarqalgan. Miya yarim hemisferalarining meningiomalari barcha miya meningiomalarining 47% ni tashkil qiladi. Ularning aksariyati konveksitaldir. Natijalar intrakranial menenjiyomalarning tez-tez namoyon bo'lishi. Ushbu maqolada supratentorial lokalizatsiya miya meningioma bo'lgan 50 bemorning jarrohlik davolash natijalari, klinikasi va asoratlari tahlil qilinadi.

Kalit so'zlar: epilepsiya, meningioma, perifokal shish.

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH  
SUPRATENTORIAL MENINGOMA OF THE BRAIN**

**Kholikov N.Kh..**

*"ALFRAGANUS UNIVERSITY" NON-STATE HIGHER EDUCATIONAL  
INSTITUTION, DEPARTMENT OF CLINICAL SCIENCES, FACULTY OF  
MEDICINE.*



REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC PRACTICAL MEDICAL  
CENTER OF NEUROSURGERY,

**Abstract:** Brain tumors account for 1.8-2.3% of the total number of oncological diseases, and the incidence rate of primary brain tumors reaches 14.1 per 100,000 population. Meningiomas account for 15–20% of all primary brain tumors, usually occurring between the ages of 35–55 years, and are almost twice as common in women. Meningiomas of the cerebral hemispheres make up 47% of all brain meningiomas. Much of them are convexital. Seizures are a frequent manifestation of intracranial meningiomas. This article analyzes the results of surgical treatment, the clinical course and complications of 50 patients with supratentorial meningiomas.

**Keywords:** epilepsy, meningioma, peritumoral edema.

Опухоли головного мозга составляют 1,8-2,3% от общего числа онкологических заболеваний, а частота заболеваемости первичными опухолями головного мозга достигает 14,1 на 100000 населения. Менингиомы составляют 15—20 % всех первичных опухолей головного мозга, проявляются обычно в возрасте 35—55 лет, почти в два раза чаще бывают у женщин. Менингиомы больших полушарий головного мозга составляют 47% всех супратенториальных менингиом головного мозга. Значительная часть из них - конвекситальные. (Кваша М.С. Институт нейрохирургии, Киев, 2002г.)

Супратенториальные менингиомы имеют различные проявления; судороги являются одним из наиболее распространенных симптомов, встречающихся у 13–60% больных. Судороги как правило исчезают у 53–90% пациентов после удаления опухоли. У некоторых больных в



послеоперационном периоде возникают ранние или поздние de novo припадки примерно у 5–42%. [1,3]

Удаление новообразований, локализующихся в пределах функционально значимых зон больших полушарий головного мозга, представляет еще более сложную нейрохирургическую проблему. Большое число новообразований поражают функционально значимые зоны. Таковыми в больших полушариях головного мозга являются заднее-лобно-теменная (двигательная и чувствительная зона), а также теменно-височная область в доминантном полушарии (речевые центры). При поражении больших полушарий в области функционально значимых зон вероятность нарастания неврологического дефицита после нейрохирургических вмешательств велика и по данным разных авторов достигает 30%.

Целью работы является изучение результатов хирургического лечения и динамика судорожного синдрома у больных с супратенториальными менингиомами головного мозга.

Материалы и методы: Нами исследованы 50 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении нейроонкологии Республиканского специализированного научного практического медицинского центра нейрохирургии МЗ РУз с 2018 по 2013 гг. Возраст больных составил от 18 до 66 лет (таб.№1).

Таблица № 1

#### Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Количество больных(n=50)	
	Абс.	%
Мужской	22	44



Женский	28	56
Средний возраст	42,0	

Все больные были разделены на две группы: группа эпилепсии «А» включала 25 больных с предоперационной эпилепсией, а группа «В» включала 25 больных без предоперационной эпилепсии. Все пациенты прошли предоперационное и послеоперационное полное неврологическое обследование, рентгенологическое обследование с помощью компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), а также электроэнцефалографии (ЭЭГ) 16-ти канального черепа. Оценка хирургического удаления была классифицирована в соответствии с оценкой Симпсона. [7] Количество ассоциированного перифокального отека мозга оценено по наличию гиподенсии при компьютерной томографии головного мозга и МРТ.

Все больные поступили в клинику с традиционными МРТ или КТ изображениями. Диагностика проводилась в соответствии с принятыми стандартами опухолей головного мозга. Для оценки состояния нейроонкологических больных использовалась шкала Карновского, которая оценивалась при поступлении пациента в стационар и при выписке пациента (Haberland N, 2000)

Оценивался неврологический статус пациентов при поступлении, в раннем послеоперационном периоде и при выписке. Помимо оценки состояния по шкале Карновского, проводилась оценка уровня сознания с использованием классической классификации нарушения сознания, а также оценка выраженности общемозговых и очаговых неврологических симптомов.



У всех пациентов был изучен анамнез, проведены необходимые диагностические манипуляции, направленные на верификацию основного и сопутствующих заболеваний.

При описании степени радикальности оперативного вмешательства мы придерживались классификации, в которой применяются термины тотального, субтотального удаления и открытая биопсия.

Исследование состояния диагностики опухолей супратенториальной локализации показало, что к моменту выявления новообразования, более чем, у половины (54,1% случаев) пациентов опухоль имела размеры от 35 до 60 мм, что визуально доказывалось по МРТ головного мозга

Таблица №2

**Распределение больных по степени радикальности  
удаления объемного образования**

Объем удаления опухоли мозга	Кол-во операций, абс.,%	
	I-гр	II-гр
Тотальное	15(60%)	19(76%)
Субтотальное	10(40%)	6 (24%)
Биопсия открытая	0(0%)	0(0%)

Данные МРТ, установили, что из 50 – пациентов больше половины (68%) первичных оперативных вмешательств заканчивалась тотальным удалением опухоли, субтотальное удаление опухоли оказалось возможным в



32% случаев, открытая биопсия в 0% случаев, что показано выше в таблице № 2.

Во всех случаях резекции опухоли выполнялась её гистологическая верификация. По гистологическим признакам при супратенториальных менингиом головного мозга у 19 (38,0%) больных выявлено менинготелиоматозная менингиома (Таб. №3.)

Таблица № 3.

**Распределение больных в зависимости от гистологической структуры**

Морфологический диагноз	Число наблюдений	
	Абс.	%
Менинготелиоматозная менингиома	19	38
Фиброзная (фибропластическая) менингиома	8	16
Переходная (смешанная) менингиома	5	10
Псаммоматозная менингиома	9	18
Ангиоматозная менингиома	3	6
Микрокистозная менингиома	1	2
Секреторная менингиома	1	2
Анапластическая менингиома	4	8
Итого:	50	100



### Результаты и обсуждения:

Возраст пациентов варьировался от 18 до 66 лет, средний возраст для группы А составлял 50,65 года, а для группы Б. - 47,15 года. Соотношение женщин и мужчин составляло 2,3:1 в обеих группах. Не было статистически значимой связи между возрастом или полом и предоперационной эпилепсией. Презентация с симптомами повышенного внутричерепного давления наблюдалась у 10 (40%) пациентов и психические изменения у 4 (16%) пациентов в группе А по сравнению с 4 (16%) пациентами и 1 (4%) пациентом в группе В соответственно. Не было статистически значимой корреляции между клиническими проявлениями и предоперационной эпилепсией. 22 (88%) больных группы «А» имели размеры опухоли <60 см<sup>3</sup> по сравнению с 19 (76%) больными группы «В». Не было статистически значимой связи между размером опухоли и возникновением эпилепсии. Наблюдалась более высокая частота перифокального отека в группе «А» (17,68%) по сравнению с 6 (24%) пациентами в группе «В».

Послеоперационные результаты: После операции у группы «А» у 8 (32%) больных был хороший контроль судорог, в то время как у больных из группы «В» у 3 (12%) пациентов появились новые приступы. В группе «А» частота хорошего контроля судорог была выше у больных с лобными, лобно-височными опухолями, чем у пациентов с лобно-теменной, височной, теменно-затылочными опухолями.

Качество жизни больных оценена по шкале «оценка качества жизни больных с поражениями ЦНС» по балльной системе (Карновский). По нашим данным в группе «А» было отмечено «хорошее качество жизни» в 44,0% случаев, удовлетворительное качества жизни – в 66,0% а в группе «В», соответственно – 40,0%, и 60,0%.



Выводы: Эпилепсия при супратенториальной менингиоме может быть предсказана как контролируемая примерно в 40% случаев после удаления опухоли. Новые послеоперационные припадки могут развиваться примерно у 15%. Перитуморальный отек является прогностическим фактором судорожного синдрома.

### *Список литературы/ References*

1. Al-Mefty O (1995) Meningiomas. WB Saunders, Philadelphia
2. Black, P, Morokoff A, Zauberman J (2008) Surgery for extra-axial tumors of the cerebral convexity and midline. Neurosurgery 63: 427–433;
3. Lieu AS, Howng SL. Intracranial meningiomas and epilepsy: Incidence, prognosis and influencing factors. Epilepsy Res 2000;38:45-52.
4. Zheng Z, Chen P, Fu W, Zhu J, Zhang H, Shi J, et al. Early and late postoperative seizure outcome in 97 patients with supratentorial meningioma and preoperative seizures: A retrospective study. J Neurooncol 2013;114:101-9.
5. Tomasello F. Meningiomas and postoperative epilepsy: It is time for a randomized controlled clinical trial. World Neurosurg 2013;79:431-2.
6. Kawaguchi T, Kameyama S, Tanaka R. Peritumoral edema and seizure in patients with cerebral convexity and parasagittal meningiomas. Neurol Med Chir 1995;35:568-74.
7. Simpson D. The recurrence of intracranial meningiomas after surgical treatment. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1957;20:22-39.