



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ГИГАНТСКАЯ МЕНИГИОМА СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ

Холиков Н.Х.

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

*РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНЫЙ
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ*

Аннотация: 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. В статье изложен случай из практики гигантской менингиомы Сильвиевой щели. Данная локализация менингиом вызывает большой интерес в связи с трудностью оперативного вмешательства, высокого риска развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: Гигантская менингиома, Сильвиева щель, хирургическое лечение.

KLINIK KUZATUV: SILVIEV YORIG'INING GIGANT HAJMLI MENIGIOMASI

Холиков Н.Х., Эгамбердиев Р.Х., Усмонов Л.А. Арсланова З.Э.



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

*RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN NEYROHIRURGIYA ILMIY-
AMALIY TIBBIYOT MARKAZI*

Annotatsiya: Onkologik kasalliklar umumiy sonining 1,8-2,3% inibosh miyao'smalaritashkiletadivauchrashdarajasi 100 000 aholiga 14,1 tagayetadi. Meningiomalar, asosan, 35-55 yoshgachabo'lgan barcha bosh miyao'smalarining 15-20% initashkil qiladivaayollardadeyarli kibarobarko'proquchraydi. Miya yarimsharlarining meningiomalaribarchamiyameningiomalarining 47% nitashkil qiladi..

Kalitso'zlar: Gigant meningioma, Sylviavbo'shlig'i, jarrohlik davolash.

A CASE PRESENTATION: GIANT MENINGIOMA OF THE SYLVIENFISSURE

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. The article presents a case from the practice of the giant



meningioma of Sylvian fissure. This localization of meningiomas is of great interest due to the difficulties of surgical removal, a very high risk of developing postoperative vascular complications.

Key words: Giant meningioma, Sylvian fissure, surgical treatment.

Менингиома - первичная опухоль оболочек головного мозга, растущая из клеток арахноидальной оболочки. По частоте встречаемости среди первичных опухолей головного мозга менингиомы занимают второе место после глиальных опухолей. Пятилетняя выживаемость составляет 91,3% случаев. Согласно классификации опухолей головного мозга принятой ВОЗ в 2007 году, менингиомы имеют три степени злокачественности (Grade I, Grade II, Grade III), где наибольшую часть составляет Grade I (90%).

Наряду с классификацией ВОЗ так же используется классификация локализации опухоли.

Классификация менингиом по локализации

1. Парасагитальные менингиомы
2. Конвекситальные менингиомы
3. Фалькс менингиомы
4. Фалькстенториальные менингиомы
5. Менингиомы основания черепа
6. Ольфакторной ямки
7. Клиновидной кости
8. Бугорка турецкого седла



9. Переднего наклоненного отростка
10. Кавернозного синуса
11. Петрокливальные менингиомы
12. Конвекситальной поверхности полушария мозжечка.
13. Мосто-мозжечкового угла.

Конвекситальные, парасагитальные и фалькс менингиомы встречаются чаще, чем менингиомы других локализаций. [1, 2, 3].

Основным методом в лечении менингиом является хирургическое удаление опухоли. Показаниями к оперативному лечению являются - опухоли с выраженными клиническими проявлениями, а так же бессимптомные менингиомы с прогрессивным ростом в динамике.

Развитие послеоперационных осложнений, связанных с удалением менингиом, встречаются в 2 - 35 % случаях. Вид осложнений обусловлен локализацией и степенью резекции опухоли. Так например, менингиомам основания черепа более свойственны признаки поражения черепно-мозговых нервов, в то время как для конвекситальных менингиом характерны сосудистые осложнения – ишемия, кровоизлияния и венозный инфаркт (ВИ), последний по некоторым авторам является наиболее частым осложнением после операции [3, 4, 5].

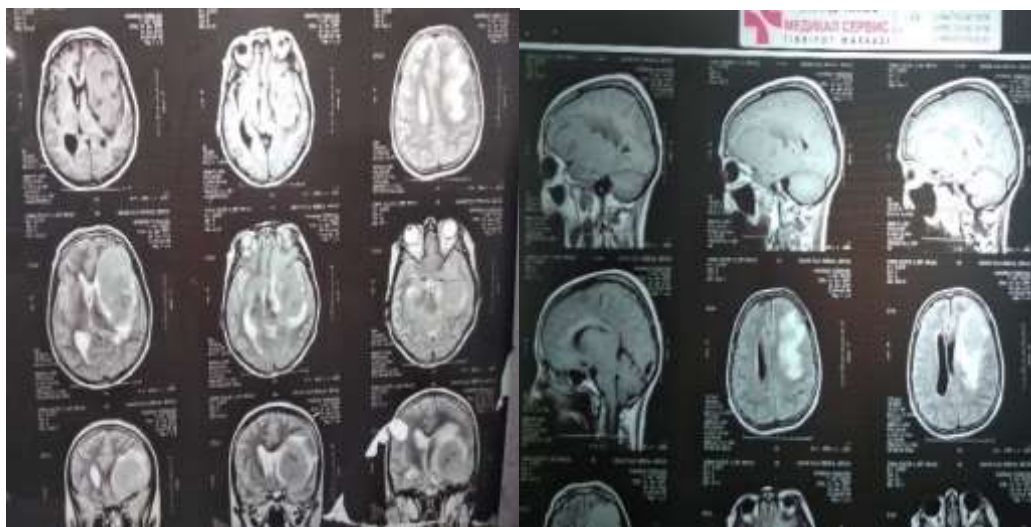
В данной статье мы хотим представить наш опыт лечения больного с гигантской менингиомой Сильвиевой щели с благоприятным исходом.
Случай из практики

Женщина 61года, поступила с жалобами на головные боли, головокружение, слабость и онемение в правых конечностях, которые беспокоили ее в течение 3 месяцев. До операции функциональная



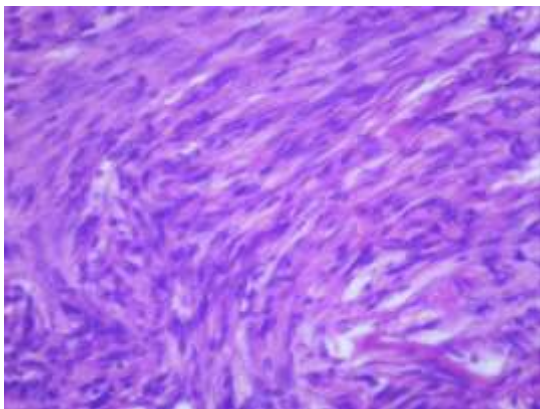
активность по шкале Карновского 70%, неврологически определяется легкая гемисимптоматика справа. Помимо основного заболевания имелась сопутствующая патология: Гипертоническая болезнь II степени, артериальная гипертензия III степени, риск-IV степени.

При МРТ исследовании выявлена менингиома в проекции Сильвиевой щели слева с размерами 9,2х6,4х6,3см, с наличием перитуморозного отека, и смещением срединных структур на 12мм (рисунок 1).



С противоотечной целью кортикостероиды назначены за 3 дня до операции. Операция: Краниотомия лобно-теменно-височной области слева с тотальным удалением опухоли по Симпсону тип 2. Во время операции на себя обратило внимание богатая венозная васкуляризация перитуморозной области, выраженные Сильвиевы вены, а также прилегание среднемозговой артерии к капсуле опухоли. Все прилежащие вены и артерии в области опухоли во время операции сохранены, питающие сосуды опухоли были выключены. Гистологическое заключение: фиброзная менингиома, G=I. (Рисунок №2)

Рисунок №2. Микропрепарат опухоли, картина фиброзной менингиомы.



После операции в течение первых двух суток состояние больной расценивалось как стабильное, тяжесть состояния соответствовала перенесенной тяжести операции, неврологический статус с усугублением гемисимптоматики в виде правостороннего глубокого гемипареза. Проведена контрольная МСКТ головного мозга, где визуализируется перитуморозный отек лобной и височной доли головного мозга. В ложе опухоли визуализируются следы геморрагии и пневмоцефалии (рисунок 2).

Рисунок №2 Послеоперационная МСКТ головного мозга.



Больной в послеоперационном периоде назначено медикаментозное лечение. Лечение было направлено на снижение внутричерепного давления



(дексаметазон, реосорбилакт), улучшение микроциркуляции головного мозга (пентоксифиллин). Применялись так же противосудорожные препараты, антибиотик и антикоагулянты (фраксипарин). На 3-е сутки после операции больной назначена ЛФК. На 7-8 сутки после операции у пациентки появилась положительная динамика, неврологический дефицит регрессировал. Двигательные функции восстановились полностью.

Больная выписана на 10 сутки после операции в удовлетворительном состоянии, без неврологического дефицита. Исход заболевания по шкале Глазго (GOS) 5 баллов (хорошее восстановление – возвращение к нормальной жизни).

Послеоперационные осложнения после удаления менингиом встречаются с частотой от 0,3 до 7%, а при рецидивах возрастают до 11% [1, 3,4]. На сегодняшний день выявлены предрасполагающие факторы в развитии осложнений, которые указаны в таблице 2. [3, 4, 5].

Таблица 2 - Факторы риска развития послеоперационных осложнений.

	Факторы риска
1	Возраст >65 лет
2	Размеры опухоли >4см
3	Менингиомы высокой степени злокачественности
4	Перитуморозный отек
5	Инвазивные опухоли
6	Повторная операция
7	Радиохирургическое лечение до операции

Безопасность и эффективность операции зависит от анатомических особенностей артериальной и венозной системы вблизи и внутри опухоли,



поэтому очень важно уделять особое внимание на ангиоархитектонику до и во время операции. Так, повреждение артерий или дренажной венозной системы (корковые и дренирующие вены) может привести к неблагоприятному исходу операции. Например, при менингиомах Сильвиевой щели коагуляция Сильвиевых вен повышает риск развития венозных отеков и инфарктов мозга.

Анализируя наш случай, у больной имелись предрасполагающие факторы к развитию инфаркта мозга, это расположение опухоли внутри Сильвиевой щели, спаянность опухоли с сосудами Сильвиевой щели и гигантские размеры опухоли. Интраоперационный фактор риска заключался в наличии спаек корковых вен с арахноидальной оболочкой и спаянностью с ветвями среднемозговой артерии с капсулой опухоли. Усиление перифокального отека у больной после удаления опухоли привело к усугублению неврологической симптоматики в виде глубокого гемипареза справа. При МСКТ исследовании подтверждены - зона поражения соответствовала границе отека вещества головного мозга, следы геморагии находились в ложе операционного вмешательства.

Выбранное консервативное лечение и ЛФК, массаж привели к улучшению состояния больной, регрессу неврологического дефицита.

Выводы

1. В период планирования операции нужно учитывать анатомию сосудов Сильвиевой щели.
2. Основными прогностическими факторами является сохранение венозных и артериальных сосудов во время операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Handbook of Neurosurgery, Mark S. Greenberg. New York, 2010.



2. Neuro-oncology, Mark Bernstein, Mitchel S. Berger. New York, 2008.
3. Pre-Operative Factors Affecting Resectability of Giant Intracranial Meningiomas, Alfredo Quiñones-Hinojosa, Tania Kaprelian, Kaisorn L. Chaichana, Nader Sanai, Andrew T. Parsa, Mitchel S. Berger, Michael W. McDermott. The canadian journal of neurological sciences, 2009