

УДК 616.831-006-053.2.37.

Исаков Б.М., Мамадалиев А.Б., Хакимов М.Н., Исаков К.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

**К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ
ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ
СУПРАТЕНТОРИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА.**

Резюме: В данной работе нами изложены результаты собственных ретроспективных исследований, материалом для которых послужили истории болезни и результаты хирургического лечения 43 пациентов с супратенториальными опухолями головного мозга, протекавших с дислокационным синдромом. Хирургический подход различался в зависимости от локализации, объема образования, общего состояния пациента и степени дислокации головного мозга.

Ключевые слова: супратенториальные опухоли головного мозга, дислокационный синдром, хирургическое лечение, исход.

Isakov B.M., Mamadaliev A.B., Khakimov M.N., Isakov K.B.

Andijan State Medical Institute

**ON THE ISSUE OF SURGICAL METHODS FOR THE
TREATMENT OF DISLOCATION SYNDROME IN
SUPRATENTORIAL BRAIN TUMORS**

Resume: In this work, we present the results of our own retrospective studies, the material for which was the case histories and the results of surgical treatment of 43 patients with supratentorial brain tumors with dislocation syndrome. The surgical approach varied depending on the location, volume of formation, general condition of the patient and the degree of dislocation of the brain.

Key words: supratentorial brain tumors, dislocation syndrome, surgical treatment, outcome.

Актуальность. Нейроонкология является одной из самых сложных направлений современной нейрохирургии. Среди всех новообразований человеческого организма опухоли головного мозга составляют от 1,6 % до 2,5 %. Среди опухолей головного мозга глиальные опухоли больших полушарий составляют от 37,3 % до 56,5 % [1]. По локализации опухоли лобной доли – 19,7 %, височной доли – 21,1 %, теменной доли – 9,3 % и опухоли мозжечка – 15,1 %, опухоли ствола мозга – 2 % случаев.

Лечение глиальных опухолей головного мозга является одной из самых сложных проблем не только современной нейрохирургии, но и социальной проблемой. Это объясняется тем, что данная патология встречается наиболее часто в молодом, трудоспособном возрасте – от 20 до 45 лет. Достаточно трудным считается выбор лечебной тактики при опухолях головного мозга различного гистологического строения [3]. Выбор лечебной тактики, метода и способа хирургического вмешательства определяют биологические свойства опухоли. На выбор метода и способа хирургического вмешательства, послеоперационное состояние так же оказывает влияние стадия клинического течения опухолевого процесса [2]. С целью улучшения результатов хирургического лечения учеными разработаны комбинированные методы лечения, включающие химио- и лучевую терапию [4]. Несмотря на это, послеоперационная летальность больных с опухолями головного мозга остается высокой и составляет 2,7 – 11 % случаев. Послеоперационная выживаемость больных составляет от 1 до 5 лет [1].

Цель исследования - улучшение результатов дифференцированного хирургического лечения больных с дислокационным синдромом при опухолях головного мозга.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 43 больных с опухолями

головного мозга находившихся в нейрохирургическом отделении Андиганского филиала РНЦЭМП с 2014 по 2018 гг. Возраст больных от 20 до 60 лет. При распределении по полу: мужчин – 14 и женщин – 29 больных.

В дооперационном периоде всем больным проведены клинично-неврологические и инструментальные методы исследования. У всех обследованных больных были выявлены общемозговые симптомы и признаки поражения соответствующих полушарий головного мозга по типу гемисимптоматики.

По стадии заболевания в компенсированном состоянии – 29 больных, субкомпенсации – 10 и декомпенсации – 4 больных.

Проведены МСКТ и МРТ исследования головного мозга, что позволило до операции точно установить локализацию, размеры, глубину и взаимосвязь опухоли с окружающими тканями мозга. Так же в 11 случаях выявлены признаки дислокации мозга.

На основании полученных данных исследования до операции был составлен план операции с учетом стадии заболевания и степени дислокации мозга:

1. Костно-пластическая трепанация черепа, тотальное/субтотальное удаление опухоли (компенсированная стадия заболевания) – 29 больных.
2. Декомпрессивная костно-резекционная трепанация черепа, тотальное/субтотальное удаление опухоли (стадия субкомпенсации) – 10 больных.
3. Декомпрессивная костно-резекционная трепанация черепа (декомпенсированная стадия) – 4 больных.

Результаты и их обсуждение. При поступлении больных в стационар в компенсированной стадии и без признаков дислокации мозга тотальное удаление опухоли полушарий осуществлено у 23 больных,

субтотальное удаление у 6 больных. У больных, поступивших в стадии субкомпенсации и с наличием начальных признаков дислокации мозга произведено у всех 9 больных. У больных в стадии декомпенсации и наличии грубых признаков дислокации и ущемления ствола произведена только декомпрессивная трепанация черепа. Целью операции в данном случае являлось устранения признаков ущемления мозга.

Результаты проведенного хирургического лечения показали, что степень компенсации оказывает значительное влияние на исход операции и на дальнейшее качество жизни больных. У больных 1 группы прооперированных в стадии компенсации регресс неврологической симптоматики наблюдался у 78 % больных, послеоперационный период протекал без осложнений.

У больных 2 группы, поступивших в стадии субкомпенсации хорошие и удовлетворительные клинические результаты зарегистрированы у 63 % больных.

У больных прооперированных в стадии декомпенсации с выраженными признаками дислокации мозга удовлетворительный результат отмечен только у 1 (25 %) больного, у остальных 3 больных наблюдался летальный исход.

Выводы. На основании проведенного исследования и лечения больных можно сделать вывод, что получение хороших и удовлетворительных результатов зависит от времени обращения и стадии заболевания.

1. Локализация, размеры и степень роста опухоли оказывают значительное влияние на выраженность общемозговой, очаговой симптоматики и дислокации мозга.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агзамов М.К., Агзамов И.М., Тошпулатов Ш.П. Оказание специализированной помощи больным с опухолями головного мозга в центре экстренной медицинской помощи// Вестник экстренной медицины, №3, 2013, С.9.
2. Кадыров Р.М. Применение шкалы оценки тяжести прогрессирующего дислокационного синдрома в клинической практике// Вестник Казахского Национального медицинского университета, № 1, 2015, С. 533-536.
3. Чепкий Л.П., Педаченко, Е. Г., Главацкий, А.Я. Прогнозирование необратимых повреждений жизненно важных центров головного мозга при хирургическом лечении супратенториальных глиальных опухолей. Ukrainian Neurosurgical Journal, №1, 2001, С.105-108.
4. Халилов В.С., Холин А.А., Медведева Н.А., Васильев И.Г., Рассказчикова И.В., Кисляков А.Н., Исмаилова Р.Р., Заваденко Н.Н. // Дифференциальный диагноз эпилептогенных супратенториальных опухолей головного мозга у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии, № 60 (5), 2015 - С.103-112.