



## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ МОНИТОРИНГ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

<sup>1</sup>Ахмедов С.С.,

<sup>2</sup>Кадырбеков Р.Т.

<sup>1</sup>Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
<sup>2</sup>Республиканский Специализированный Научно Практический  
Медицинский Центр Нейрохирургии Ташкент, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7294480>

### ARTICLE INFO

Received: 25<sup>th</sup> October 2022  
Accepted: 03<sup>rd</sup> November 2022  
Online: 05<sup>th</sup> November 2022

### KEY WORDS

Кистозные опухоли  
головного мозга,  
хирургическое лечение,  
краниофарингиомы.

### ABSTRACT

Наиболее эффективным методом хирургического лечения кистозных опухолей головного мозга является максимальное тотальное радикальное хирургическое удаление, после чего рецидивы отмечались только в 33,3%, послеоперационный летальность- 2,94 %.

Нейроонкология это один из наиболее сложных разделов нейрохирургии. К настоящему времени достигнуты, существенные успехи в хирургии опухолей головного мозга, однако результаты лечения остаются еще неутешительными. Для получения хороших результатов лечения, необходимо иметь полное представление обо всех особенностях кистозных опухолей головного мозга в дооперационном периоде, соблюдая ряд принципов в хирургической тактике и микрохирургической технике, анестезиологическом обеспечении и мониторинге жизненно важных функций, как в ходе операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде. [4].

Комплексное лечение глиальных опухолей мозга, включающее хирургические вмешательства, химио, гормоно-и иммунотерапию, а также

рентген-, радио- и лазеротерапию, за последние 10 лет достигло определенных успехов, однако при злокачественных кистозных глиомах прогноз заболевания оставался неудовлетворительным. Согласно статистическим данным, около 20% составляла двухлетняя выживаемость и менее 5%- пятилетняя выживаемость больных со злокачественными глиомами в экономически высокоразвитых странах. Этот факт можно объяснить отсутствием радикальных хирургических технологий в нейроонкологии [2]. Молекулярная генетика глиом и перспективы молекулярной нейрохирургии показали, что даже на расстоянии свыше 4 см от удалённого опухолевого узла, в видимо не изменённых тканях головного мозга, после хирургического вмешательства остаётся множество опухолевых клеток



с повышенной пролиферативной активностью [6].

Наиболее эффективным методом хирургического лечения кистозных опухолей головного мозга является максимальное тотальное радикальное хирургическое удаление, после чего рецидивы отмечались только в 33,3%, послеоперационный летальность- 2,94%. **Материал и методы.**

С целью сравнительного анализа частоты рецидивов в отдаленном периоде в зависимости от метода операции, нами были проанализированы повторные обращения 68 больных, оперированных в Республиканском Специализированном Научно Практическом Медицинском Центре нейрохирургии в период 2017-2019 гг., из которых произведены реоперации по поводу продолженного роста и рецидива опухоли у 21 (30,9 %) случаях.

### **Результаты и обсуждение**

Продолжительность и качество жизни больных прооперированных по поводу кистозных опухолей головного мозга являются косвенной оценкой хирургического лечения, так как результаты хирургических вмешательств в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах зависят от совокупности факторов в до и послеоперационном периодах.

Сроки обращения больных в специализированные стационары до установления верифицированного диагноза один из значительных факторов в дооперационном периоде. От сроков обращения больных зависит степень компенсации патологического процесса, чем длительнее сроки

установления верифицированного диагноза, тем больше степень декомпенсации и генерализации патологического процесса, что в первую очередь определяет результат хирургического лечения. По мнению ряда авторов, суждения об отдаленных результатах оперативных методах лечения при кистозных опухолях головного мозга весьма сложный вопрос в нынешнее время.

С учетом этого, на данном этапе исследования, нами были проанализированы 68 случаев установления верифицированного диагноза в разные сроки обращения больных.

Структура верифицированного диагноза показала, что в основном больные обращались в сроки до 1 года. Это подчеркивает проблему более раннего обращения больных и соответственно подходов оперативного лечения. Несомненно, в этих случаях возрастает частота рецидивов, которые во многом зависят также от гистоструктуры, локализации и характера опухолей.

С целью сравнительного анализа частоты рецидивов в отдаленном периоде в зависимости от метода операции, нами были проанализированы повторные обращения больных, оперированных – 68 больных, 21 (30,9 %) больных, оперированных по поводу рецидива и продолженного роста опухоли повторно.

Всего повторных обращений больных, оперированных радикальным методом зарегистрировано 68. Случаи рецидивов среди этих больных при обследовании зарегистрированы:



рецидивы кистозных опухолей 63 (92,6 %) случаев, из них – 61 (89,7%) злокачественного и 4 (5,88%) доброкачественного характера роста и метастатических опухолей 3 (4,41%) случай;

Наряду с этим производилась оценка неврологического дефицита в различные сроки после операций, степень регресса неврологического дефицита, имевшего различную частоту проявления в зависимости от локализации опухолях и рецидивах.

При первичном поступлении в стационар у изученных нами больных неврологический дефицит различной степени выраженности отмечен в 31 (45,6 %) случаях. В момент выписки из стационара после оперативного лечения неврологический дефицит отмечен в 46 (67,64 %) случаях.

Из них неврологический дефицит при выписке у больных с кистозными опухолями в 41 (67,64 %), с краниофарингиомой в 1 (1,47%), и во всем метастатическом поражении головного мозга.

Всего неврологический дефицит отмечен в 46 случаях, из них при радикальных оперативных вмешательствах – в 40 (58,82%), паллиативных - в 6 (8,88%). Следовательно, анализ неврологического дефицита в зависимости от радикальности оперативного вмешательства указывает, что наиболее эффективным является паллиативное удаление КОГМ, но с высоким коэффициентом рецидивирования. Радикальное удаление КОГМ дает высокие проценты неврологического дефицита, причиной считается резкое отрицательное

гидравлическое давления и смещение срединных структур в ранней послеоперационной периоде, по выводу, чего делает этой методу неселективным. Но улучшение общего состояние больных в динамике, разрешение неврологического дефицита с благоприятным исходом в реабилитационной периоде сочетанием современной химиолучевой терапией после радикального удаления кистозного опухоли головного мозга обеспечивает относительно удлинение безрецидивного периода течение КОГМ.

### **Выводы:**

1. В настоящее время применяются различные методы хирургических вмешательств по поводу кистозных опухолей головного мозга. Выбор методики операций должен обуславливаться в каждом случае индивидуально, с учётом возраста, наличия соматической патологии, фазы клинического течения и гистологической форм кистозных опухолей головного мозга.

2. У больных с кистозными опухолями головного мозга, находившимися в фазе грубой клинической декомпенсации применение паллиативного метода операции в качестве первого этапа удаления кистозного опухолей являлось наиболее целесообразным в плане улучшения послеоперационных исходов до получения специализированного онкологического стационаре. Но улучшение общего состояние больных в динамике, разрешение неврологического дефицита с благоприятным исходом в реабилитационной периоде сочетанием современной химиолучевой терапией



после радикального удаления безрецидивного периода течение КОГМ. кистозного опухоли головного мозга обеспечивает относительно удлинение

## References:

1. Ахмедов Ш.Ч. Некоторые особенности и диагностики и лечения абсцессов головного мозга: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Ташкент, 2000.
2. Зозуля Ю.А, Н. Я. Гридина (1998). Молекулярная генетика глиом и перспективы молекулярной нейрохирургии. // Журнал Вопросы нейрохирургии. №4.1998.
3. Колесов В.Н. Применение СО 2 - лазера при опухолях головного мозга. Автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 1992.
4. Тиглиев Г.С. Новые принципы в хирургии опухолей головного мозга // Материалы III съезда нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002.-С.158
5. Ходиев С.В. Эхинококкоз головного мозга.: Автореферат. дис...канд.мед.наук.-Т.:2002.
6. Sobol R.E., Falchrai H. et all. Gene Ther.- 1995.- Vol.N2.-P.164-167.