

## БОШ МИЯ ПАРАСАГИТТАЛ МЕНИНГИОМАЛАРИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ ПРИНЦИПЛАРИ



Набиев Акмал Адхамжонович, Равшанов Даврон Мавлонович  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСАГИТТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Набиев Акмал Адхамжонович, Равшанов Даврон Мавлонович  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## MODERN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CEREBRAL PARASAGGITAL MENINGIOMAS PRINSPS

Nabiyev Akmal Adhamjonovich, Ravshanov Davron Mavlonovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Мақолада бош миЯ парасагиттал менингиомаларида (БМПМ) клиник белгилар ва неврологик хусусиятлари муҳокама қилинади. Бош миЯ парасагиттал менингиомалари БМПМ бош миЯ ўсмалари умумий сонининг 0,7-1,5% фоизини ташкил қилсада аҳоли орасида чуқур ногиронлик ва аҳоли ўлимига сабаб бўладиган кенг миқёсли ижтимоий муаммони англатади. 2011 йилдан 2015 йилгача Европада бош миЯ ўсмалари ва марказий асаб тизимининг бошқа бўлимларининг касалланиш даражаси 100,000 аҳолига 23,03 та ҳолатни ташкил етди. Бош миЯ ўсмаларининг энг кўп тарқалган гистологик турлари менингиома (36,4%), гипофиз ўсмалари (15,5%) ва glioblastoma (15,1%) ҳисобланади. Эрта таъхис қўйиш, ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатиш ва даволаш самарадорлигини баҳолаш мақсадида БМПМ устун белгиларини аниқлашга қаратилган халқаро ва маҳаллий клиник тадқиқотлар маълумотлари умумлаштирилган. Клиник кўринишининг ўзига хос хусусиятларини билиш онкологик ҳушёрликни сезиларли даражада оширади, бу БМПМ ерта таъхислаш ва ўз вақтида даволашга олиб келади. Бу ҳаёт сифатини яхшилаш ва унинг давомийлигини оширишида муҳим рол уйнайди.

**Калит сўзлар:** Бош миЯ менингиомалари, гамма-пичоқ, микрохирургия.

**Abstract.** The article discusses the clinical signs and neurological features of parasagittal meningiomas of the brain. Parasagittal meningiomas are a large-scale social problem that leads to profound disability and death among the population, although it accounts for about 0.7-1.5% of the total number of brain tumors. From 2011 to 2015, the incidence of brain tumors and other parts of the central nervous system in Europe was 23.03 cases per 100,000 inhabitants. The most common histological types of brain tumors are meningioma (36.4%), pituitary tumors (15.5%) and glioblastoma (15.1%). The article summarizes the data of international and domestic clinical studies aimed at identifying the predominant symptoms of BVPМ in order to assess the effectiveness of early diagnosis, timely medical care and treatment. Knowledge of the specific features of the clinical picture significantly increases oncological vigilance, which leads to early diagnosis and timely treatment of BVPМ. This plays an important role in improving the quality of life and increasing its duration.

**Keywords:** brain meningiomas, gamma knife, microsurgery.

Глобаллашув асри бўлган йигирма биринчи асрда онкологик касалликларнинг турлари ва сони йилдан йилга кўпайса кўпайдики камаймади. Улар орасида бош миЯ ўсмалари улуши кичик қисмини ташкил қилсада (0,7-1,5%), лекин беморларда юқори ўлим курсаткичлари, ногиронлик, жамият ва ҳаёт учун жиддий иқтисодий ва маънавий зарар олиб келади.

Менингиома атамаси биринчи бўлиб, 1922 йилда Н. Кушинг томонидан бош миЯ мемранасига ёпишиб ўсган ўсмалар дея биринчи марта тасвирланган эди. Рус олими И.Смирнов уларни арахноидендотелиома деб номлайди ва ўз таърифини беради. Бош миЯ ўсмалари билан касалланиш Ҳар йили 100000 аҳолидан 15-16 тагача тўғри келади.

Менингиомалар – арахноэндотелиал хужайралар мавжуд бўлган ҳар қандай жойда (мия юзасида, қоринча ва умуртқа каналда) учраши мумкин [2, 6].

Менингиомалар асосий ўзига хос жихатларидан бири бу организмнинг турли тўқималарида пайдо бўлиши мумкин бўлган ўсмалардан гистологик жиҳатдан фарқ қилишидир [3, 4, 6, 8].

Бош мия ярим шарлари менингиомаси барча супратенториал мененгиомаларнинг тахминан ярмини ташкил қилади. Улар орасида, парасагиттал мененгиомаларнинг учраш кўрсаткичлари беморлар сонингнинг салмоқли қисмини (20,5дан 40,0%) ташкил этади [4, 5].

Бош мия менингиомаларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси кўплаб илмий ишларда бош мия менингиомаларини ўрганишга бағишланган тадқиқотларнинг ажралмас қисми сифатида қаралади.

Менингиомаларнинг тарқалиши ёш ва жинс ўртасида сезиларли фарқларсиз кечади. Ёш болаларда нисбатан камроқ учрайди. Эркаклар ва аёлларда менингиомалар кечишининг частотаси ёш кўрсаткичларига боғлиқ: 50 ёшдан 60 ёшгача ва 70 ёшдан 80 ёшгача жуда кўп учраши келтирилган. 8-10 йилликда уларнинг тарқалиш частотаси 100-минг аҳолига нисбатан 6-та эркакларда ва 9,5та аёлларга тўғри келган [7, 9, 10].

Диагностиканинг замонавий усуллари кенг амалиётга жорий этилганига бир неча йиллар бўлсада, менингиомаларни диагностикаси кўпинча тасодифан, асосан кечки этапларда аниқланади. Ушбу ўсимталар аксарияти парасагиттал тарзда жойлашган ва улар катта хажмлиги билан ажралиб туради [5, 7, 9]

Катталар ва кекса одамларда эса менингиомалар мия ўзаги ва қон томирлар билан жуда яхши таминланган булади [2, 6, 8].

Европа ва Шимолий Америка олимларининг (2017) тадқиқотларига кўра, менингиомалар ўсишининг учта шакли мавжуд: сферик, инфилтратцион ва аралаш. Менингиомалар ўсишининг сферик шаклида кичик матритцалар мавжуд бўлиб, уларни оператив даволаш бирмунча енгилроқ кечади. Инфилтратцион шаклда эса неоплазма нафақат қаттиқ мия мембранаси, синус, суяклар, балки баъзан юмшоқ бош тўқималарини ҳам деформацияга учратиши мумкин. Буларнинг барчаси врач нейрохирург олдида жуда муаммоли ва мураккаб вазифани қўяди. Менингиомаларни тубдан олиб ташлаш имконияти уларнинг ўсиши, синусга нисбатан жойлашган ўрни, хажми, мия тўқимасининг зарарланиши ва хавфлилик даражасига боғлиқ бўлади. Бундан ташқари, бундай ўсимталар, МСКТ, МРТ ва бошқа

замонавий диагностик усуллардан фойдаланган ҳолатда тўғри диагностика, симптоматик даволаш курслари оператив даволаш даражаларига боғлиқ бўлади [2, 7, 8]. Шу муносабат билан анъанавий технологиялар (микрочирургия, электрокоагуляция) ёрдамида юқори сагиттал синуснинг ўрта ва орқа учдан бир қисмида парасагиттал мененгиомаларни радикал равишда олиб ташлашга уринишлар кўп ҳолатларда операциядан кейинги неврологик етишмовчилик билан бирга келади. Шундай қилиб, Тиглиевнинг тадқиқотлари бўйича Можаева С. В. ва бошқалар 50% (28,8 - 47,5%) ҳолларда операциядан кейинги беморлар неврологик дефицитлар билан қолади, 18,6% ҳолатларда эса чуқур ногирон бўлиб қолмоқда.

Бош мия менингиомаларини ташхислаш МСКТ, МРТ ёки ПЭТ/КТ га мувофиқ амалга оширилади. Контрастли МРТ бош ва орқа мия менингиомаларини аниқлашнинг энг информацион усули ҳисобланади. Бу ўсманинг атрофидаги тўқималарига нисбатан жойлашуви ва қон томирлар ҳолатини баҳолаш имконини беради. МСКТ бундай ўсмаларни 90% гача аниқлайди ва неоплазманинг суяк ўзгаришлари ва калцификациялашганлик даражасини кўрсатади.

ПЭТ/МСКТ бундай ўсмаларнинг ёмон сифатлиларини аниқлаш ва ўсимтанинг метаболик ҳолатини баҳолаш учун ёрдам беради [3, 5, 10].

Асаб тизимининг ўсимталари орасида малигнизациялашганлик даражасига кўра:

I гуруҳ алоҳида табиати билан ажралиб турувчи ўсмалар. Фақат жарроҳлик йўли билан даволаш мумкин.

II гуруҳ инфилтратцион ўсиш, қайталаниш тенденцияси баландлиги билан ажралиб турадиган ўсмалар. Ушбу ўсмаларнинг айрим турлари дифференциация даражасининг прогрессив пасайишига мойил.

III гуруҳ -инфилтратцион ўсишнинг аниқ белгилари ва анаплазия белгилари бўлган ўсмалар.

Парасагиттал ўсмалар билан касалланган беморларни даволашнинг замонавий тамойиллари менингиомаларни жарроҳлик усулида, нур ва кимё терапиялари ёрдамида симптоматик даволаш [2, 3] киради. Даволаш самарадорлиги ва беморларнинг хаёт кўрсаткичлари асосан ўсимтанинг гистологик табиати, беморнинг ёши, беморнинг аҳоли ва бундай ўсмаларни радикал жарроҳлик усули ёрдамида даволашнинг ўз вақтида ва етарли симптоматик даволаш чоратadbирлар мажмуасига боғлиқ [4, 10].

Сўнги 10-15 йил ичида замонавий диагностика ва даволаш воситалари туфайли нафақат операциядан кейинги ўлимнинг пасайиши, балки операцияларнинг

радикаллыгини ошириш ва энг муҳими, оператция қилинган беморларнинг ҳаёт сифатини оширишга эришилди [2, 7]. Сўнгги йилларда, диаметри 3 смдан кичик ҳажмли ва операцион доступ ва бориш қийин булган менингиомалар Гамма пичоқ – кибер пичоқ ёрдамида радиожахрохлик операциялари амалга ошириш йулга қўйилди. Кибер-пичоқ, стандарт жаррохлик амалиётидан фарқли ўлароқ, даволанишнинг бирмунча либерал усули ҳисобланади. Бу усулнинг катта афзаллиги унинг мини-инвазивлигидир у нооперабель ўсмалари учун берилиши мумкин. Агарда бемор заифлашган ёки жаррохлик аралашувига тоқат қила олмаса, Кибер пичоқ терапевтик самарадорлик учун стандарт радиация терапиясидан устундир. Бу соғлом тўқималарга минимал зарар этказадиган ўсимтага катта миқдорда радиация оқимини олиб келиш имконини беради. Шундай қилиб, соматик ва неврологик касалликларни ўрганиш, замонавий диагностика усуллари (СКТ, МРТ, Мр-трактография, Мр-спектроскопия ва Мр-ангиография) самарадорлигини баҳолаш. Бош мия парасагиттал мененгиомаларини замонавий диагностикаси, оператив даволаш ва нур ва кимё терапиялари билан даволаш самарадорлигини ўрганиш жуда муҳим муаммо ҳисобланади.

МР трактографияси - бу асаб толаларининг миелин қобиғи бўйлаб сув молекулаларининг тарқалишини баҳолаш ва миянинг турли қисмлари ва йўлларнинг яхлитлиги (асаб йўллари, асаб толалари тўпламлари) ўртасидаги алоқалар тўғрисида маълумот олиш имконини берадиган усулдир. Тадқиқотимиз натижалари шуни кўрсатдики, турли хил локализациядаги мененгиома диагнози қўйилган беморларни жаррохлик ёрдамида даволаш натижаларини такомиллаштириш МР -трактография орқали йўлларни визуализация қилиш нуқтаи назаридан

миянинг оқ моддасидаги ўзгаришларни баҳолашга боғлиқ булади.

Бизнинг беморларимиз орасида (90нафар бемор киритилган) нейроепителиал ўсмалар аёлларда эркакларга нисбатан кўпроқ учраши кузатилган (55,1%).

Биз 72 ёшдан 18 ёшгача бош мия менингиомаси ташхиси қўйилган 90 беморнинг (30 таси архив материали, 60 таси мавжуд ) анамнезини ўрганиб чиқдик. Касалликнинг давомийлиги биринчи аломатлар пайдо бўлган пайтдан бошлаб ташхисни текширишгача ўртача 1-2 йил.

Беморларнинг неврологик ҳолатини ўрганиш ва аниқлаш учун неврологик симптомларни қиёсий баҳолаш ўтказилди (жадвал 1).

Умумий мия симптомларидан бош оғриғи, бош айланиши ва қайт қилиш касалликнинг дастлабки белгилари қаторига кириб, улар кўпроқ пароксисмал характерга ега бўлиб, қисқа вақт ичида доимий бўлиб, интенсивлиги ошган.

Бош мия менингиомасининг дастлабки аломатларидан бири бош оғриғи бўлиб, у 65 (90,2%) беморда учрайди. Бу интракраниал гипертензия ва мия қаттиқ пардасининг тирнаш хусусияти фониди содир бўлди.

Менингиомадаги бош айланиши беморларнинг 47,2% ва 48,6% ҳолатларда қайд этилган. Улар доимий ва пароксисмал бош оғриғи фониди ўзларини намоён қилишди.

Бош мия ярим шарининг менингиомаси бўлган беморларнинг 79,1% ва 59,7% да кўнгил айланиши ва қайт қилиш ҳолатлари кузатилди.

Руҳий касалликлар беморларнинг 33,3 фоизида содир бўлган ва 24,4% бифарқлик, 52,7% хотиранинг пасайиши, шунингдек 5,1% тажовузкорлик билан намоён бўлган.

**Жадвал 1.** Операциядан олдин ва кейин миянинг менингиомаси ташхиси қўйилган беморларда неврологик аломатларнинг частотаси

Неврологик симптомлар	Операциягача бўлган давр		Операциядан кейинги давр ва чиқариш куни	
	абс.	%	абс.	%
Бош оғриғи	65	90,2	23	31,9
Бош айланиши	34	47,2	12	16,6
Куз туби димланиши	18	24,0	6	82,0
Гемипарезлар гемиплегиялар	40	55,5	37	51,3
Қулоқда шовқин	35	48,6	7	9,7
Кўнгил айланиши	57	79,1	13	18,0
Қайт қилиш	43	59,7	9	12,5
Эписиндром	48	66,6	41	56,9
Психик симптомлар	24	33,3	6	8,3
Сезги бузилишлари	15	20,8	19	26,3

Бу, айниқса, ўсмалар фронтал сохаларида локализация қилинганда аниқ қайд этилди.

Мия ичи гипертензияси, шиш ва гипоксия ходисасининг кўпайиши натижасида руҳий касалликлар бошқа умумий мия белгилари билан аста-секин ривожланди.

Эпилептик тутқаноқлар бош мия менингиомаларида маълум аҳамиятга эга. Операциядан олдинги кузатишларимизда 60 бемордан 72 % беморда эпилептик синдром кузатилди. Улардан 56,2 % ҳолатда фокал тутқаноқ хуружлари қайд этилган.

Эпилептик тутқаноқли беморларда ўсмалар - асосан пешона 22 (45,8%) ва ва sagittal синуснинг олдинги учлигида жойлашган ўсмаларда куп учрайди 27,0%

Менингеал белгилар 11 (15,2%) беморларда топилган ва энса мушакларнинг ригидлиги шаклида намоён бўлган.

Шундай қилиб, умумий мия белгилари кўпинча бош оғриғи (65%), кўнгил айниш (57%), қусиш (43%), тутқаноқ хуружлари (48%) билан намоён бўлди.

Нутқнинг бузилиши 26 (36,1%) беморда кузатилган, шундан 11 беморда (15,2%) мотор афазия, 12 (16,6%) беморда сезги бузилишлари ва 2 (2,7%) амнестик афазия кузатилган. 1 (1,3%) ҳолатда тотал (сенсомотор) афазия аниқланди. Операциядан кейинги даврда еса нутқ бузилишлари 26,3% ҳолатларда аниқланган.

Юқорида кўрсатилган мисолларни умумлаштириб, радиация диагностикасининг замонавий усуллари (СКТ, МРТ ва МР-трактография) асосида нафақат экстракраниал ўсмалар ҳажмини, балки миянинг функционал жиҳатдан муҳим йўлларининг шикастланиш даражасини ҳам ўз вақтида аниқлаш мумкин деган хулосага келиш мумкин.

#### Адабиётлар:

1. Бекашев А. Х. Клинико-морфологические особенности инфильтративных менингиом черепа с внутрочерепным распространением: автореф. дис.... д-ра мед. наук. тематика: 14.00.28 / Бекашев Али Хасянович. - с 299.
2. Габибов Г. А. Принципы хирургии парасагиттальных менингиом: современное состояние проблемы / Г. А. Габибов, А. В. Козлов // Вопросы нейрохирургии.- 1994. -№ 1. 3-7 с.
3. Кадашева, В. А. Черехаев, А. И. Белов, Д. А. Голбин // X научно-"Актуальные вопросы нейрофтальмологии" - материалы научно-практической конференции по нейрофтальмологии Москва-2008.. 208-209
4. Коновалов, А. Н. Неврология и нейрохирургия: руководство для врачей / Под ред. - 4-е издание. - с. 208-209

5. Коновалов, А. Н. Проблема менингиомы: анализ 80-летнего материала Института нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко и перспективы / А. Н. Коновалов, А. В. Козлов, В. А. Черехаев, В. Н. Шиманский, С. В., В. Н. Корниенко, И. Н. Пранин, А. В. Голан, Г. Л. Кобяков, Л. В. Шишкина, М. В. Рыжов, Д. А. Голбин, М. В. Галкин, А. А. Бочаров, Н. Инсайд. Назван в честь проблем нейрохирургии.Ласонен / Журнал Jump: - 2013. - № 1. - С. 12-23.

6. Клинико-физиологический контроль при внутрочерепных опухолях /., 1978-статья 200

7. Лихтерман Л.Б. Классификация черепно-мозговых травм: клинические рекомендации по черепно-мозговой травме / Под ред. А. Н. Коноваловой. - М.: Медицина, 1998. - Т.

8. Мамадалиев А.М., Мамадалиева С. Важность фронтально-височно-орбито-зигоматического доступа для удаления менингиомы кавернозной пазухи и крыла основной кости // Санкт-Петербург. 2005. с.283-284.

9. Мамадалиев А. М. Наш опыт хирургического лечения труднодоступных опухолей у основания головного мозга // Ташкент. 2005. с. 53.

10.Мамадалиев А.М. Гистологическая характеристика опухолей головного мозга // Санкт-Петербург. 2010. с. 266

#### СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАРАСАГИТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Набиев А.А., Равшанов Д.М.

**Резюме.** В статье обсуждаются клинические признаки и неврологические особенности парасагиттальных менингиом головного мозга. Парасагиттальные менингиомы представляют собой крупномасштабную социальную проблему, которая приводит к глубокой инвалидности и смерти среди населения, хотя на ее долю приходится около 0,7-1,5% от общего числа опухолей головного мозга. С 2011 по 2015 год заболеваемость опухолями головного мозга и другими отделами центральной нервной системы в Европе составила 23,03 случая на 100 000 жителей. Наиболее распространенными гистологическими типами опухолей головного мозга являются менингиома (36,4%), опухоли гипофиза (15,5%) и глиобластома (15,1%). В статье также обобщены данные международных и отечественных клинических исследований, направленных на выявление преобладающих симптомов ВМРМ с целью оценки эффективности ранней диагностики, своевременной медицинской помощи и лечения. Знание специфических особенностей клинической картины значительно повышает онкологическую бдительность, что приводит к ранней диагностике и своевременному лечению ВМРМ. Это играет важную роль в улучшении качества жизни и увеличении ее продолжительности.

**Ключевые слова:** менингиомы головного мозга, гамма-нож, микрохирургия.