

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СУПРАТЕНТОРИАЛЬНОГО ДИСЛОКАЦИОННОГО СИНДРОМА

Хакимов М.Н.

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме,

По данным ВОЗ свыше 1/5 части населения мира перешагнуло 60-летний рубеж. По данным широкомасштабных социально-эпидемиологических исследований, проведенных в последние годы под эгидой ВОЗ, общая распространенность опухолей головного мозга в популяции составляет от 3,2 до 14 на 100 тысяч Г с населения.

Среднегодовой рост онкологических поражений головного мозга в возрастных группах 75 - 79 лет, 80 - 84 лет и старше 85 достигает 7%, 20,4% и 23,4% соответственно. За последние два десятилетия отмечается четырехкратное увеличение количества больных ПСВ в нейрохирургических стационарах. При этом соотношение супратенториальных опухолей и субтенториальных, менее заметное в детском (1:2) и среднем возрасте (2:1), в пожилом и старческом становится значительным (7:1).

Ключевые слова: дислокационный синдром, супратенториального течения, опухолей головного мозга, грыжа.

СУПРАТЕНТОРИАЛ ДИСЛОКАЦИОН СИНДРОМ КЕЧИШИНИНГ КЛИНИК ВА МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Хакимов М.Н.

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме,

ЖССТ маълумотларига кўра, дунё аҳолисининг 1/5 қисми 60 йиллик даврни босиб ўтди. Сўнгги йилларда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти бошчилигида ўтказилган кенг кўламли ижтимоий-эпидемиологик изланишларга кўра, миёда ўсмаларининг умумий тарқалиши ҳар 100 минг г га 3,2 дан 14 гача тўғри келади.

75 - 79 ёш, 80 - 84 ёш ва 85 ёшдан катта ёшдаги миёа саратонининг ўртача йиллик ўсиши мос равишда 7%, 20,4% ва 23,4% ни ташкил қилади. Сўнгги йигирма йил ичида нейрохирургия шифохоналарида ПСВ билан касалланган беморларнинг сони тўрт баравар ошди. Шу билан бирга, болалик даврида (1: 2) ва ўрта ёшда (2: 1), кекса ва кекса ёшдаги (7: 1) сезиларли бўлмаган супратенториал ўсмалар ва субтенториал ўсмаларнинг нисбати сезиларли бўлди.

Калит сўзлар: дислокация синдроми, супратенториал кечиш, миёа шиши, чурра.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE COURSE OF SUPRATENTORIAL DISLOCATION SYNDROME

Khakimov M.N.

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume,

According to the WHO, over 1/5 of the Russian population crossed the 60-year milestone. According to large-scale socio-epidemiological studies conducted in recent years under the auspices of WHO, the total prevalence of brain tumors in a population is from 3.2 to 14 per 100 thousand g per population.

The average annual growth of brain cancer in the age groups of 75 - 79 years old, 80 - 84 years old and over 85 reaches 7%, 20.4% and 23.4%, respectively. Over the past two decades, there has been a four-fold increase in the number of patients with PSV in neurosurgical hospitals. At the same time, the ratio of supratentorial tumors and subtentorial tumors, less noticeable in childhood (1: 2) and middle age (2: 1), in the elderly and senile becomes significant (7: 1).

Key words: dislocation syndrome, supratentorial course, brain tumors, hernia.

Введение

В прогрессивном течении опухолей могут наступить пароксизмальные ухудшения состояния, приводящие к гибели больных. Одной из причин этих ухудшений является смещение отделов мозга под влиянием роста опухоли, быстрое нарастание внутричерепного давления с образованием внутричерепных грыж - вклинений участков мозга под край отрогов твердой мозговой оболочки или в затылочное отверстие [4,6].

Среди симптомов смещения или дислокационных симптомов имеются два наиболее типичных и часто встречающихся. При локализации опухоли в височной области может произойти ущемление гиппокамповой извилины в тенториальном отверстии (тенториальная грыжа), сопровождающееся сдавленной промежуточной мозга, ножек и орального отдела ствола. Это проявляется резкой головной болью, рвотой, парезом зрения вверх, вялой реакцией зрачков на свет, расстройством конвергенции, нарушением слуха, вегетативными нарушениями, появлением патологичес-

ких и угасанием сухожильных рефлексов. Вторым синдромом возникает при опухоли задней черепной ямки и связан с ущемлением мозжечковых миндалин в большом затылочном отверстии с последующим сдавлением бульбарной части мозга (мозжечковая грыжа). Клинически этот синдром проявляется приступами головной боли, рвоты, затемнения сознания, брадикардией, тоническими судорогами. При указанных синдромах вклинивания необходима срочная хирургическая помощь [2,4,6].

Обоснование диагноза опухоли головного мозга. В типичных случаях диагноз опухоли головного мозга относительно несложен и базируется на сочетании неуклонно прогрессирующих общемозговых и очаговых симптомов, данных дополнительных исследований. Однако в ряде случаев крайне трудно провести дифференциальный диагноз между опухолями головного мозга и сосудистыми, инфекционными и паразитарными поражениями его. Сложность обусловлена тем, что начальные симптомы опухоли часто провоцируются перенесенными травмами или инфекциями, а заболевание в первый период может иметь ремиттирующее течение. По мере нарастания внутричерепной гипертензии картина опухоли головного мозга вырисовывается более четко. Современный этап развития нейрохирургии позволяет рано диагностировать опухоль головного мозга. На помощь клинику приходят рентгенография, исследование глазного дна, поля зрения, исследование спинномозговой жидкости, эхо-энцефалография (см.), электроэнцефалография (см.), изотопная энцефалография, ангиография (см.), пневмоэнцефалография (см.), вентрикулография. Помимо возможно более раннего установления диагноза опухоли головного мозга, необходимо решить важнейший вопрос о месте расположения процесса.

Абсолютных признаков для отличия вне мозговых от внутримозговых опухолей нет, однако ряд симптомов дает основание для решения и этого вопроса. Клинически вне мозговые опухоли больших полушарий чаще проявляются местными головными болями с преобладанием и более ранним развитием очаговых симптомов, нередко возникают очаговые судорожные припадки. В этих случаях на рентгенограммах можно обнаружить локальные изменения в костях черепа (изъеденность, экзо- и эндостозы, очаговые расширения диплоэтических вен). Существенную роль в предоперационной диагностике гистологической структуры и расположения опухоли имеют данные ангиографии. И все же в немалом числе случаев дифференцирование вне- и внутримозгового расположения опухолей окончательно решается только на операционном столе [1,3,5].

При определении характера опухоли следует принимать во внимание возраст больных, скорость течения процесса, локализацию его, наличие или отсутствие отложений извести (рентгенограмма), характер ликвора (при злокачественных формах часто наблюдаются плеоцитоз и значительное увеличение содержания белка). Необходимо также тщательное соматическое исследование для исключения возможности метастатического поражения головного мозга [4,6,7].

Единственно радикальным является хирургический метод лечения. Хорошие результаты достигаются при вне мозговых опухолях, удовлетворительные - при поверхностно расположенных глиомах и внутри же-

лудочковых опухолях. Успех лечения в большой степени связан со строением опухоли. При злокачественных новообразованиях, удалить которые целиком трудно, а рецидивы развиваются быстро, используют рентгенотерапию (часто ее комбинируют с удалением опухоли), химиотерапевтические противоопухолевые средства (неоцид, ТиоТЭФ). Эти методы пока также являются неудовлетворительными. В качестве симптоматического лечения применяются дегидратационные средства, при наличии эпилептических припадков - противосудорожные препараты.

Экстренное вмешательство необходимо при симптомах дислокации. Заключается оно в срочной пункции боковых желудочков, удалении жидкости. В дальнейшем в этих случаях показана неотложная операция.

Прогноз всегда серьезен и зависит от локализации, гистогенетической структуры опухоли и стадии заболевания. Наиболее благоприятные результаты наблюдаются при хирургическом лечении, поверхностных доброкачественных опухолей в возможно более ранние сроки.

Цель исследования. Изучить влияние этиологического фактора супратенториальной дислокации на клинические особенности течения дислокационного синдрома.

Материал и методы

Материалом исследования были данные комплексного обследования и результаты лечения 219 больных с супратенториальными очаговыми поражениями головного мозга, находившихся на лечении в отделениях нейрохирургии РЦМНАФ в период с 2017 по 2019 гг.

В исследуемой группе половину пациентов (106 случаев) составили нейроонкологические больные, с широким разнообразием гистологических форм. Вторую строку (65 пациентов) занимают больные с гипертензионными гематомами и внутричерепными кровоизлияниями, развившимися на фоне разрыва аневризмы или мальформации мозга. К травматическими поражениями головного мозга, куда были включены оболочечные и внутримозговые гематомы, а также пациенты с обширными зонами ушиба - разможжения вещества мозга с геморрагическим пропитыванием, создающие масс-эффект, отнесены 25 наблюдений. Одинаковое количество (по 4 пациента) составили паразитарные (эхинококковые) кисты мозга и гигантские арахноидальные кисты. Абсцессы мозга, преимущественно отогенного генеза, составили в наблюдаемой группе 12 случаев.

Результат и обсуждения

В работе изучено влияние нозологической формы очаговых поражений на вид дислокации по направлению смещения, форму дислокации и вариант развития ДС по времени с момента начала заболевания, что в значительной степени определяет разнообразие клинической картины и лечебные тактики.

Во всех группах больных, за исключением группы пациентов с паразитарными кистами, у больных с клинически выраженным ДС преобладала дислокация горизонтального вида. В группах больных с опухолевыми и травматическими поражениями головного моз-

га на втором месте по частоте была аксиальная дислокация, а на третьем - смешанная или четко не дифференцируемая дислокация. У больных с абсцессами головного мозга на фоне доминирования горизонтальной дислокации, аксиальную и смешанную имели равное количество больных. Лишь в группе больных кистозными процессами - преимущественно аксиальная, 5:2 соответственно.

Четких связей между этиологией дислокационного синдрома и видом развившейся дислокации установить не удалось, однако у пациентов всех групп, кроме группы больных с кистозными поражениями головного мозга, в небольшом проценте чаще наблюдалось развитие горизонтальной дислокации, что еще раз подтверждает ее доминирующую роль при супратенториальной дислокации.

Одним из важнейших клинико-морфологических критериев ДС является форма дислокации, т. е. анатомическая локализация субстрата вклинения, расположенная под серповидным отростком ТМО, в щели Биша (вырезка намета мозжечка), в большой затылочной воронке (фораменальное отверстие) и комбинация этих основных форма.

Распределение пациентов по форме дислокации в зависимости от этиологии дислокационного синдрома. В группе больных с опухолями, с травматическими поражениями головного мозга и со спонтанными гематомами головного мозга доминировала дислокация височно-тенториальной формы. На втором месте по частоте в группах больных с опухолевыми поражениями и со спонтанными гематомами была смешанная или четко не дифференцируемая дислокация, в то время как в группе пациентов с травматическими поражениями головного мозга на втором месте по частоте было цингулярное смещение, дислокация других форм не встречалась.

Яркими представителями хронического развития ДС стали нейроонкологические больные, где с некоторой коррекцией на гистологическое строение значимо преобладали пациенты с медленным темпом развития дислокации (суб- и хроническая формы дислокации), в сумме составившие 85.7 %. Почти все случаи острой дислокации у нейроонкологических больных (86 %) были представлены кровоизлиянием в строу опухоли у пациентов с низкодифференцированными глиомами. Чуть менее половины больных (42.8 %) с травматическим поражением мозга закономерно имели острое течение ДС, развившееся на фоне острых оболочечных гематом, вместе с тем 35.7 % и 10.7 % субхронического и хронического течения ДС соответственно связано с развитием хронических субдуральных гематом, зачастую достигающих очень значимых размеров (более 200 мл.).

Спонтанные геморрагические инсульты у большинства пациентов (76.9 %) вызвали острый дислокационный процесс и лишь в 13.8 % случаев приобрели хроническое течение, что также обусловлено подбололочным кровоизлиянием, с развитием хронизации субдуральной гематомы. Абсцессы мозга, кроме редких случаев (25 %) диффузного развития процесса, протекали в суб- или хронической форме дислокации, на фоне формирования более или менее выраженной капсулы. Достаточно высокий процент (37.5 %) острого развития дислокации в группе арахноидальных и паразитарных кист, по-видимому, обусловлен срывом компенсаторных механизмов регуляции

церебрального комплайенса с быстрым каскадным развитием ДС.

Таким образом, результаты исследования в подгруппе показывают достоверное ($p < 0.05$) и прямое влияние нозологической формы супратенториальных очаговых поражений мозга на сроки развития ДС. На основании анализа данных, представляется возможным выделить две основные группы заболеваний формирующих сроки формирования мозговой дислокации. Так, большинство опухолей мозга (кроме форм с низкодифференцированными глиомами) приобретают суб- или хроническое течение, сюда же могут быть отнесены и все случаи кистозных образований мозга. Острая форма ДС в значительном количестве случаев выявлена в большинстве наблюдений при спонтанном внутримозговом кровоизлиянии и травмах мозга, не считая случаев хронизации субдуральных гематом.

Абсцессы мозга, чаще приобретая суб-или хроническое течение, тем не менее в четверти случаев вызывали острое мозговое вклинение, чему в значительной степени и способствовал выраженный перифокальный отек.

Выводы

Результаты исследования показали, что: горизонтальная дислокация мозга со смещением срединных структур (прозрачной перегородки) под серповидный отросток и щель Биша одновременно более характерна для всех нозологических форм поражений больших полушарий мозга.

Этиология очага поражения не оказывает сколько-нибудь значимого влияния на развитие формы супратенториального ДС, при этом в любой нозологической группе преобладают проявления височно-тенториальной дислокации с развитием соответствующего вторичного стволового синдрома.

Сроки развития ДС, напротив, напрямую связаны с нозологической формой супратенториального очага поражения, а также последние во многом определяют тяжесть течения и этапность развития стловых стволовых дислокационных синдромов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Блинков С.М., Смирнов Н.А. Смещения и деформации головного мозга. Морфология и клиника. - Л.: Медицина, 1967; 204. [Blinkov S.M., Smirnov N.A. Smesheniya i deformatsii golovnogogo mozga. Morfologiya i klinika. - L.: Meditsina, 1967; 204. (In Russ)]
2. Зотов Ю.В., Кондаков Е.Н., Щедренко В.В. и др. Внутречерепная декомпрессия мозга в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы. - СПб: Изд. РНХИ им. проф. А.Н. Поленова, 1999; 142. [Zotov Yu.V., Kondakov E.N., Shedrenok V.V. i dr. Vnutricherepnaya dekompressiya mozga v khirurgii tyazheloy cherepno-mozgovoy travm'i. - SPb: Izd. RNHI im. prof. A.N. Polenova, 1999; 142. (In Russ)]
3. Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В. и др. Вторичные факторы повреждений головного мозга при черепно-мозговой травме // Российский медицинский журнал. 2009; 3: 23-28. [Kr'ilov V.V., Tal'ipov A.E., Puras Yu.V. i dr. Vtorichnye faktori povrezhdeniy golovnogogo mozga pri cherepno-mozgovoy travme // Rossiyskiy meditsinskiy jurnal. 2009; 3: 23-28. (In Russ)]
4. Лебедев В.В., Крылов В.В. Дислокационный синдром при острой нейрохирургической патологии // Нейрохирургия. 2000; 1-2: 4-11. [Lebedev V.V., Kr'ilov V.V. Dislokatsionnyy sindrom pri ostroy neyroxirurgicheskoy patologii // Neyroxirurgiya. 2000; 1-2: 4-11. (In Russ)]
5. Крылова В.В. Лекции по черепно-мозговой травме: учебное пособие / под ред. В.В. Крылова. /М.: Медицина, 2010; 320.

- [Kr'ilova V.V. Lekcii po cherepno-mozgovoy travme: uchebnoe posobie / pod red. V.V. Kr'ilova. /M.: Meditsina, 2010; 320. (In Russ)]
6. Талыпов А.Э., Пурас Ю.В., Крылов В.В. Методы трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы // Consilium Medicum. Прил. Хирургия. 2009; 1: 8-12. [Tal'ipov A.E., Puras Yu.V., Kr'ilov V.V. Metod'i trepanatsii v khirurgii tyazelay cherepno-mozgovoy travm'i // Consilium Medicum. Pril. Xirurgiya. 2009; 1: 8-12. (In Russ)]

7. Bouma G.J., Muizelaar J.P., Choi S.C. et al. Cerebral circulation and metabolism after severe traumatic brain injury: the exclusive role of ischemia // J. Neurosurg. 1991; 75: 685-693.
8. Chibbaro S., Marsella M., Romano A. et al. Combined internal unsectomy and decompressive craniectomy for the treatment of severe closed head injury: experience with 80 cases // J. Neurosurg. 2008; 108: 74-79.

Поступила 09.06. 2019

УДК: 616.089.79

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PREMENSTRUAL SYNDROME

Khamdamova M.T., Kenzhaeva Z.O., Navruzova N.O.

Bukhara State Medical institute named after Abu Ali Ibn Sina.

✓ *Resume,*

The variety of symptoms of premenstrual disorders is due to various reasons, but the trigger is the same - it is ovulation. The most effective approach to suppressing ovulation with premenstrual syndrome is the use of oral contraceptives containing drospirenone as the progestogen component.

Keywords: premenstrual syndrome, oral contraceptives, drospirenone, midiana, dimia,

ҲАЙЗ ОЛДИ СИНДРОМНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Наврӯзова Н.О.

Бухоро тиббиёт институти.

✓ *Резюме,*

Ҳайз олди синдромининг кўп қиррали симптомларининг келиб чиқиши ҳар хил сабаблар билан боғлиқ, лекин асосий механизм бир хил-овуляция. Ҳайз олди синдромини самарали даволашда овуляцияни тўхтатиш учун дроспиренон таркибли орал контрацептивдан фойдаланиш самарали ҳисобланади.

Калит сўзлар: ҳайз олди синдроми, орал контрацептив, дроспиренон, мидиана, димиа.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Хамдамова М.Т., Кенжаева З.О., Наврӯзова Н.О.

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ *Резюме,*

Многообразие симптомов предменструальных расстройств обусловлено различными причинами, однако пусковой механизм одинаков - это овуляция. Наиболее эффективным подходом к подавлению овуляции при предменструальном синдроме является применение оральных контрацептивов, содержащих в качестве гестагенного компонента дроспиренон.

Ключевые слова: предменструальный синдром, оральные контрацептивы, дроспиренон, мидиана, димиа.

Actuality

According to the generally accepted definition, premenstrual syndrome (PMS) is a complex of neuro-psychiatric, metabolic-endocrine and vegetative-vascular disorders, manifested in the second phase of the menstrual cycle and disappearing during or immediately after menstruation [1-13, 15].

PMS is characterized by a high frequency of occurrence in the structure of gynecological morbidity (20-85%), a significant decrease in the quality of life and a significant impact on daily activities, causing suffering to many millions of women around the world [14, 16-21]. None of the existing theories of the origin of PMS explains the variety of symptoms that can occur. The most common theory of PMS is the concept characterizing PMS as a result of an inadequate response of the central nervous system and, above all, the hypothalamus to normal fluctuations in the level of sex steroid hormones during the menstrual cycle [1, 10].

For the first time, Robert Frank was told about the PMS problem at a meeting of the New York Academy of Medicine in 1931, presenting the article Hormonal Causes of Premenstrual Tension, although individual manifestations of PMS have been known since ancient times [5]. In the International Classification of Diseases of the 10th revision (ICD-10), the PMS is an independent nosological unit (code N 94.3) "Premenstrual tension syndrome". About 75% of women suffer from mild forms of PMS, about 25% have mild or severe symptoms. Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) - an extremely severe form of PMS occurs in 3-8% of women [6].

There are a number of PMS classifications that differ in a different approach to systematizing the diversity of variants and manifestations of the disease. In accordance with ICD-10, the diagnosis of PMS requires the presence of one symptom of significant severity, without a clear specification of the severity of the symptoms [21].