

УДК 616.831-089:616.995.121

Этибарлы С.А., Дадашев К.М., Новрузов Э.Г.

Хирургическое лечение послеоперационных арахноидальных кист, имитирующих рецидив глиальных опухолей головного мозгаАзербайджанский медицинский университет,
Республиканская нейрохирургическая больница, г. Баку, Республика Азербайджан

Несмотря на проведение высокотехнологичных операций с соблюдением современных принципов удаления глиальных опухолей, их продолженный рост в зависимости от гистоструктуры в определенной части наблюдений считают неизбежным. Поэтому все аспекты современной диагностики истинного продолженного роста глиальных опухолей на всех этапах их течения актуальны. В этом плане повторные операции считают практически реальным шансом для prolongации жизни, а в некоторых ситуациях — полного излечения больных [1–9].

Целью сообщения является анализ особенностей неврологического проявления и хирургического лечения арахноидальных кист, имитирующих продолженный рост ранее оперированных высококодифференцированных астроцитом полушарий большого мозга у 28 больных, госпитализированных в нейрохирургическую клинику за период с 1985 по 2009 г. Возраст больных в среднем 38 лет.

Материалы и методы исследования. Всем больным проведено клинично-неврологическое и профильное общепринятое обследование с использованием инструментальных методов. Высокодостоверный топико-нозологический диагноз устанавливали путем сопоставления данных общеклинических исследований с результатами энцефаловизуализационных феноменов КТ, МРТ или одновременно КТ и МРТ (соответственно в 7,9 и 12 наблюдениях).

Больные госпитализированы в состоянии субкомпенсации в различные сроки после первой операции по поводу тотального удаления (более 90% объема опухоли) высококодифференцированных, медленно-растущих астроцитом полушарий большого мозга. Ухудшение неврологического статуса после первой операции наблюдали в сроки от 2 до 8 лет (в среднем около 4 лет).

Если после первой операции у больных отмечена четкая тенденция к относительной нормализации неврологического статуса с сохранением основных параметров качества жизни, то в указанные сроки у них стали возникать и прогрессировать новые неврологические симптомы, свидетельствующие о поражении одной или нескольких долей мозга. Вместе с тем, полиморфные неврологические симптомы имели определенную конкретику, в зависимости от которой больные условно распределены на четыре группы.

Первую группу составили 10 больных с частыми общесудорожными или парциальными разнообразными эпизеквивалентами джексоновского типа, которые трудно поддавались медикаментозной коррекции.

Во вторую группу вошли 8 больных с медленно прогрессирующими церебрально-очаговыми симптомами.

У 6 больных (третья группа) преобладал умеренно выраженный гипертензивный синдром. У 4

больных (четвертая группа) отмечено сочетание указанных симптомов.

Наличие такого симптомокомплекса с учетом нейроонкологического анамнеза (без данных КТ и МРТ) давало основание предположить продолженный рост внутримозговых опухолей.

Однако, по данным КТ и МРТ прямые и косвенные признаки энцефаловизуализационных феноменов, характерных для продолженного роста опухолей, не обнаружены. В частности, в прежнем операционном поле и прилежащих к нему структурах мозга не выявлена экспансивно растущая, новая опухолевая масса с аккумуляцией контрастного вещества в паренхиме или ограничивающей капсулой. Кроме того, отсутствовали такие косвенные признаки опухоли, как масс-эффект в сочетании с вазопаренхиматозным отеком разной выраженности. Вместе с тем, во всех наблюдениях по данным КТ и МРТ визуализировали общую денситометрическую картину арахноидальных кист в виде четко отграниченного капсулой гиподенсивного объемного образования с плотностью, равной таковой спинномозговой жидкости при минимально выраженном вазальном отеке и инициальном масс-эффекте (в 21 наблюдении).

У 12 больных кисты диаметром от 2 до 4 см располагались интрацеребрально, у 16 — субпиалярно или субарахноидально. В 13 наблюдениях кисты располагались в «старом» операционном поле, в 15 — распространялись на смежные участки мозга.

В 3 наблюдениях по данным КТ и МРТ обнаружены не характерные для арахноидальных кист плотные включения, при морфологическом исследовании — патологические венозные сосуды либо фибропластические выросты стенки арахноидальной кисты, пролабирующие в ее полость, у 4 больных обнаружены включения повышенной плотности в полости кисты, как по периферии, так и в середине, что соответствовало глиозно-рубцовым изменениям, с кровеносными сосудами и остатками некротизированной ткани мозга.

В целом, отсутствие четкого осумкования, наличие обратного масс-эффекта явились основой для исключения опухолевого характера процесса.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от размеров и локализации арахноидальных кист применяли адекватные методы оперативного вмешательства.

При этом обязательно учитывали морфологические особенности арахноидальных кист, поскольку их формирование длится от нескольких месяцев до нескольких лет, что обуславливает изменения их структуры [1, 2, 4, 5, 9, 10]. У 8 больных кисты имели многокамерную основу с наличием спаек (интрацеребральные — у 3, субарахноидальные — у 5).

Указанная особенность влияла на выбор метода оперативного вмешательства.

Так, при наличии крупных многокамерных кист, расположенных субпиально, использовали рациональную лоскутную краниотомию. При необходимости дополнительно осуществляли резекционную трепанацию размером 2–3 см.

Применение подобной тактики способствовало разделению спаек, опорожнению полости кисты и ее сообщению с субарахноидальным пространством.

В 2 наблюдениях после наложения одного или двух расширенных фрезевых отверстий резецировали часть наружной капсулы кист средней величины, также обеспечивая их сообщение с субарахноидальным пространством полушарий большого мозга.

При наличии крупных диффузных арахноидальных кист с начальными признаками гемиатрофии коры большого мозга и элементами вазального отека применяли кисто-абдоминальное шунтирование (в 2 наблюдениях).

Аналогичное шунтирование использовали у 4 больных с относительно крупными сообщающимися субарахноидальными (у 2) и интрацеребральными (у 2) кистами.

У 3 больных с изолированными интрацеребральными и у 2 — с субдуральными кистами для снижения внутрикостозного давления и предотвращения рецидива использовали метод резервуарного шунтирования Омая.

В последующем, по мере улучшения неврологического статуса, у всех больных шунты удалены через 1–2 года.

У 4 больных с помощью специальной эндоскопической аппаратуры установлен катетер между изолированными интрацеребральными кистами и боковыми желудочками мозга.

На всех этапах оперативной коррекции использовали полипозиционный операционный микроскоп и микроинструменты.

Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. По данным динамического контроля в течение 2 лет отмечена нормализация неврологического статуса, сохранение основных параметров качества жизни (по шкале Карновски до 65–70 баллов). Двое больных (через 6 и 8 мес) умерли от тяжелых соматических заболеваний. Результаты наших наблюдений и данные литературы свидетельствуют о благоприятном исходе комплексного лечения высокодифференцированных астроцитом при сочетании радикального удаления опухолей с последующим динамическим использованием адьювантных методов лечения, в частности, лучевой терапии и химиотерапии, а также целенаправленной противоопухолевой стимулирующей иммунной системы [1, 3, 4, 8, 9].

Что касается формирования различных вариантов арахноидальных кист, их «мягкую» агрессивность в плане прогрессирования неврологических синдромов из функционально значимых зон мозга следует объяснить рядом факторов. Это, прежде всего, нарушение ауторегуляции тонуса сосудов с частыми сосудистыми кризами, неадекватное повреждение арахноидальных оболочек, а также паренхимы мозга во время первой операции, морфологические изменения в самой кисте, увеличение ее объема, снижение гидрофильности или тургора ткани мозга.

Следует отметить, что арахноидальные кисты по клинико-неврологическому статусу напоминают

медленно текущий неопухольный объемный процесс головного мозга, а также продолженный рост внутримозговых опухолей.

Вместе с тем, трудно переоценить значение КТ и МРТ в проведении дифференциальной диагностики между истинным продолженным ростом глиальных опухолей и послеоперационными арахноидальными кистами [6, 11–13].

Мы разделяем мнение исследователей о том, что абсолютным показанием к оперативной коррекции послеоперационных «агрессивных» кист является безуспешная многомесячная консервативная терапия.

Выводы. 1. Арахноидальные кисты напоминают медленно текущий неопухольный объемный процесс головного мозга, а также продолженный рост внутримозговых опухолей.

2. Важное значение при проведении дифференциальной диагностики между продолженным ростом глиальных опухолей и послеоперационными арахноидальными кистами имеют КТ и МРТ.

3. Абсолютным показанием к оперативной коррекции послеоперационных «агрессивных» кист является их безуспешная консервативная терапия.

Список литературы

1. Гусев Е.И. Неврология и нейрохирургия / Е.И. Гусев, Г.С. Коновалов. — М.: Медицина, 2000. — 654 с.
2. Никифоров Б.М. Опухоли головного мозга / Б.М. Никифоров, Д.Е. Мацко. — СПб.: Питер, 2003. — 311 с.
3. Острейко О.В. Продолженный рост злокачественных глиом супратенториальной локализации: повторные операции, катамнез и некоторые вопросы комбинированного лечения Автореф. дис... канд. мед наук; спец. 14.00.28 — нейрохирургия / О.В. Острейко. — СПб., 2001. — 24 с.
4. Этибарлы С.А. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения множественных арахноидальных кист головного мозга / С.А. Этибарлы // Журн. Сагламлыг. — 2009. — №1. — С.50–55.
5. Этибарлы С.А. Хирургическое лечение больных по поводу множественных прогрессирующих объемных образований головного мозга различной этиологии / С.А. Этибарлы, Н.П. Ахмедов, Э.Г. Новрузов. // Укр. нейрохір. журн. — 2010. — №2. — С.71–72.
6. Angelo V. Treatment of symptomatic intracranial arachnoid cysts by stereotactic cyst-ventricular shunting / V. Angelo, L. Qorgogione, Q. Catapano // Stereotact. Funct. Neurosurg. — 1999. — V.72. — P.62–69.
7. Osborn A. Diagnostic neuroradiology / A. Osborn. — St. Louis: Mosby - Year book, 1994. — 936 p.
8. Rock J.R. Pilocytic astrocytoma and other indolent tumors / J.R. Rock // Neurooncology. The Essentials. — N.Y., 2000. — Ch.32. — P.319–327.
9. Russel D.S. Pathology of tumors of the nervous system / D.S. Russel, Z.S. Rubinstein. — Baltimore: Williams&Wilkins, 1989. — 470 p.
10. Tatter S.B. Neuroepithelial tumors of the adult brain in Youmans / S.B. Tatter, C.B. Wilson, Q.R. Harsh // Neurol. Surg. — 1996. — V.4. — P.2635.
11. Кафарлы Ш.Ф. Дифференциальная диагностика полостно-содержащих патологических образований полушарий головного мозга: Автореф. дис... канд. мед наук; спец. 14.00.28 — нейрохирургия / Ш.Ф. Кафарлы. — К., 1995. — 28 с.
12. Коновалов А.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии / А.Н. Коновалов, В.Н. Корниенко, И.Н. Пронин. — М.: Видар, 1997. — 471 с.
13. Mark S., Greenberg M.D. Handbook of Neurosurgery / S. Mark, M.D. Greenberg Tampa, Florida: Greenberg Graphics Inc., 2006. — 6th ed. — 939 p.

Этибарлы С.А., Дадашев К.М., Новрузов Е.Г.
**Хірургічне лікування післяопераційних арахноїдальних кіст,
 що імітують рецидив гліальних пухлин головного мозку**

Азербайджанський медичний університет,

Республіканська нейрохірургічна лікарня, м. Баку, Республіка Азербайджан

Проаналізовані неврологічний статус і результати хірургічного лікування 28 хворих з арахноїдальними кістами головного мозку, раніше оперованих з приводу астроцитом півкуль великого мозку. Залежно від розмірів і розташування кіст хворим були здійснені наступні операції: клаптева краніотомія, кістоперитонеальне шунтування, резервуарне шунтування Омайя. За результатами дослідження встановлено, що арахноїдальні кісти є непухлинним процесом з повільним перебігом, показанням до їх оперативного видалення є неефективність консервативної терапії.

Ключові слова: арахноїдальні кісти, гліоми, гіпертензія, КТ і МРТ, шунтування.

Этибарлы С.А., Дадашев К.М., Новрузов Э.Г.
**Хирургическое лечение послеоперационных арахноидальных кист,
 имитирующих рецидив глиальных опухолей головного мозга**

Азербайджанский медицинский университет,

Республиканская нейрохирургическая больница, г. Баку, Республика Азербайджан

Проанализированы неврологический статус и результаты хирургического лечения 28 больных с арахноидальными кистами головного мозга, ранее оперированных по поводу астроцитомы полушарий большого мозга. В зависимости от размеров и расположения кист больным произведены следующие операции: лоскутная краниотомия, кистоперитонеальное шунтирование, резервуарное шунтирование Омайя. В результате исследования установлено, что арахноидальные кисты являются медленно текущим неопухольевым процессом, показанием к оперативному удалению которых является неэффективность консервативной терапии.

Ключевые слова: арахноидальные кисты, глиомы, гипертензия, КТ и МРТ, шунтирование.

Etibarly S.A., Dadashov K.M., Novruzov E.G.
**Surgical treatment of postoperative arachnoid cysts,
 imitating relapse of brain glial tumors**

Azerbaijan Medical University, Republic Neurosurgical Hospital, Baku, Republic of Azerbaijan
 Neurological status and results of surgical treatment of 28 patients with brain arachnoid cysts, earlier been operated because of astrocytomas of brain hemispheres, were analyzed. Depending on cysts' size and localization next operations have been performed: scrappy craniotomy, cyst-peritoneal shunting and Omayya tank shunting. In result it was established that arachnoid cysts are slowly nonmalignant process, conservative therapy inefficiency is the indication to their operative removal.

Key words: arachnoid cysts, gliomas, hypertension, CT and MRI, shunting.

Комментарий

к статье Этибарлы С.А. и соавторов «Хирургическое лечение послеоперационных арахноидальных кист, имитирующих рецидив глиальных опухолей головного мозга».

Работа посвящена диагностике и хирургическому лечению кистозных объемных процессов головного мозга, имитирующих клиническую картину продолженного роста опухоли, в отдаленном периоде после удаления высококодифференцированных глиом (астроцитом) полушарий большого мозга. Представленный клинический материал (28 наблюдений) включает, как указывают авторы, кисты, расположенные **субдурально, субарахноидально, субпiallyно и интрацеребрально**, что с учетом перенесенной ранее операции удаления внутримозговой глиальной опухоли, терминологически не соответствует общепринятому представлению об истинно **арахноидальных кистах** головного мозга. Хирургические вмешательства по поводу так называемых «арахноидальных кист» авторы

предпринимали при неэффективности консервативной терапии. При этом иссекали «капсулу» кисты, проводили кистоабдоминальное шунтирование, устанавливали резервуар Омайя, а также использовали метод наложения кистовентрикулярной стомы. Следует указать, что хирургическое лечение послеоперационных кист головного мозга требует дифференцированного подхода с учетом выраженности клинических проявлений заболевания и результатов КТ и МРТ. В обязательном порядке подлежат хирургическому лечению кисты, обуславливающие объемное воздействие на окружающие структуры мозга, клинически проявляющиеся синдромом внутрочерепной гипертензии и прогрессирующими очаговыми неврологическими симптомами.

*В.Д. Розуменко, доктор мед. наук, профессор,
 заведующий клиникой внутримозговых опухолей
 Института нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины*