



ОСНОВАН  
**1996**  
ГОДУ  
ISSN 2091-5039

**№4**  
**2023**



ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

# ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ



субэпендимом и, с использованием микрохирургических методов, возможна полная резекция опухоли.

3. Имеется два основных доступа для удаления субэпендимом желудочковой системы супратенториальной локализации – транскортикальный и трансвентрикулярный

доступы. Оба доступа обеспечивают адекватный обзор опухоли и структуры желудочковой системы головного мозга. Выбор доступа зависит от локализации и роста опухоли, наличия ликвородинамических нарушений, а также опыта оперирующего хирурга.

### Литература

1. Chiechi MV, Smirniotopoulos JG, Jones RV. Intracranial subependymomas: CT and MR imaging features in 24 cases. *AJR Am J Roentgenol.* 1995; 165:1245–50. [PubMed: 7572512]
2. Rushing EJ, Cooper PB, Quezado M, Begnami M, Crespo A, Smirniotopoulos JG, et al. Subependymoma revisited: clinicopathological evaluation of 83 cases. *J Neurooncol.* 2007; 85:297–305. [PubMed: 17569000]
3. Ragel BT, Osborn AG, Whang K, Townsend JJ, Jensen RL, Couldwell WT. Subependymomas: an analysis of clinical and imaging features. *Neurosurgery.* 2006; 58:881–90. [PubMed: 16639322]
4. Maiuri F, Gangemi M, Iaconetta G, Signorelli F, del Basso de Caro M. Symptomatic subependymomas of the lateral ventricles. report of eight cases. *Clin Neurol Neurosurg.* 1997; 99:17–22. [PubMed: 9107462]
5. Silverstein JE, Lenchik L, Stanciu MG, Shimkin PM. MRI of intracranial subependymomas. *J Comput Assist Tomogr.* 1995; 19:264–7. [PubMed: 7890853]
6. Fujisawa H, Hasegawa M, Ueno M. Clinical features and management of five patients with supratentorial subependymoma. *J Clin Neurosci.* 2010; 17:201–4. [PubMed: 20036555]

Алтыбаев У.У., Ташматов Ш.Н., Алиходжаева Г.А., Кадырбеков Р.Т., Алланазарова Н., Очилова Г.Т., Шоюнусов С.И.

### МНОЖЕСТВЕННЫЕ МЕНИНГИОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии;

Ташкентская медицинская академия;

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Опухоли менинго-сосудистого ряда - менингиомы (синонимы: фиброэндотелиома, менинготелиома, арахноидэндотелиома, арахноидальная менингиома) являются одними из самых распространенных опухолей головного мозга в неврологической практике, составляют от 11 до 34% всех интракраниальных новообразований, занимают второе место среди всех опухолей головного мозга и первое место по встречаемости в группе опухолей, исходящих из мозговых оболочек [5, 7–9, 11, 19]. Термин «менингиома» был введен с 1922 г. по предложению Н. Cushing для обозначения экстрацеребральных, экспансивно растущих опухолей твердой мозговой оболочки (рис. 1) [3,11]. Менингиома в большинстве случаев берет свое начало из арахноидэндотелиальных отщеплений (пахионовых грануляций) сосудистой

(паутинной, арахноидальной) оболочки, плотно сращенной с твердой мозговой оболочкой, реже – из мягкой оболочки головного и спинного мозга, редко – из сосудистых сплетений мозговых желудочков или возникает эктопически в костях черепа, позвоночника и по ходу нервных корешков (рис. 2) [1, 3, 5, 9, 11]. Функция пахионовых грануляций – частичная фильтрация цереброспинальной жидкости в венозное русло [1, 7, 14]. Число пахионовых грануляций невелико у детей, однако с возрастом увеличивается. Ежегодная заболеваемость – от менее 1 до 9,5 случая на 100 тыс. населения в год [7, 11, 19]. Заболеваемость менингиомами растет с возрастом и достигает около 8 случаев в год на 100 тыс. населения в возрасте 70–79 лет. Пик заболеваемости – от 40 до 60 лет (58%) [7,11].

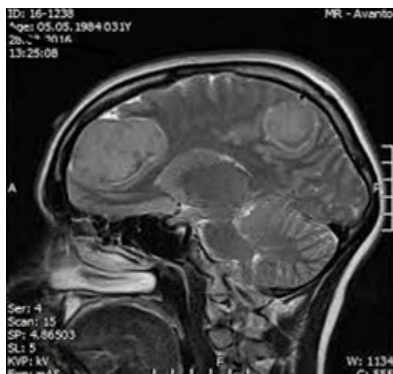


Рис. 1. Менингиома передней

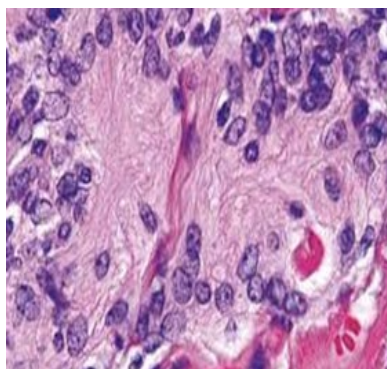


Рис 2. Гистологическая картина средней трети фалькса менингиомы

**Гистологическая классификация**

Существует несколько классификаций опухолей центральной нервной системы. Они периодически обновляются, что создаёт определённую терминологическую путаницу.

Первая классификация ВОЗ опухолей нервной системы была издана в 1979 году в Женеве. В 1993 году появилось второе издание, а в 2000-м и 2007-м третье и четвёртое соответственно.

Четвёртое издание гистологической классификации опухолей ВОЗ 2007 года			
	Код МКБ-О	МКБ-10	Степень злокачественности (G=1)
Типическая менингиома • Менинготелиоматозная • Фиброзная • Переходная • Псаммоматозная • Ангиоматозная • Микрокистозная • Секреторная • С обилием лимфоцитов • Метапластическая	* 9530/0 • 9530/1 • 9530/2 • 9537/0 • 9533/0 • 9534/0 • 9530/0 • 9530/0 • 9530/0 • 9530/0 • 9530/0	D32.0	G = I
Атипическая менингиома	9539/1	C70.0	G = II
Хордоидная менингиома	9538/1	C70.0	G = II
Светлоклеточная менингиома	9538/1	C70.0	G = II
Анапластическая менингиома	9530/3	C70.0	G = III
Рабдоидная менингиома	9538/3	C70.0	G = III
Папиллярная менингиома	9538/3	C70.0	G = III

Большинство авторов считают, что менингиомы существенно чаще встречаются у женщин с соотношением встречаемости у мужчин и женщин от 1:2 до 1:4 [5, 7, 8, 11, 19]. По данным американских авторов [18], различий по полу не выявлено. По данным А.В. Козлова [5], на сегодня можно считать доказанным отсутствие половых различий в заболеваемости менингиомами в молодом возрасте и после 79 лет. У детей в возрасте до 16 лет (составляют не более 1–2% всех менингиом)

чаще встречаются злокачественные атипические и агрессивные менингиомы, которые часто сочетаются с нейрофиброматозом [5, 7, 8, 17]. В зависимости от клеточного строения опухоли (ВОЗ,1993) выделяют доброкачественные менингиомы (типические), полудоброкачественные (атипические), папиллярные и злокачественные (анапластические). Доброкачественные менингиомы имеют 11 гистологических вариантов [9, 11]. Более 90% менингиом



гистологически доброкачественны [16]. Узлы множественных менингиом у больного могут иметь как одинаковую, так и различную гистоструктуру, что зависит от окружающих опухоль тканей [6].

Из факторов, увеличивающих вероятность возникновения менингиом, достоверно известны рентгеновское и радиоактивное облучение, травма головы, пищевые нитраты, воздействие повышенных магнитных полей, уровень стероидных гормонов [5, 11, 19]. Описаны варианты хромосомных аномалий, выявленных у мужчин и женщин при менингиоме [21]. В большинстве случаев менингиомы представляют собой спорадические (ненаследуемые) опухоли, хотя есть отдельные сообщения о семейных формах [15]. В рамках наследственных синдромов (генетический фактор), таких как нейрофиброматоз II типа (NF2), развивается лишь 1–2% всех опухолей головного мозга. Факторами риска развития множественных менингиом называют рентгеновское облучение кожи головы, а также наследственно-генетический фактор [6, 17]. Множественные интракраниальные менингиомы (первично-множественные опухоли) встречаются среди всех опухолей менингососудистого ряда в 0,9–18,9% случаев и обусловлены генной мутацией, наследственными заболеваниями либо имеют полигенномультифакторную природу [6–11, 17, 20]. Характеризуются преобладанием по полу у женщин, трудоспособным (пятое-шестое десятилетие жизни), а нередко и молодым возрастом пациентов (больные нейрофиброматозом II типа в возрасте 20–40 лет), трудностью уточнения диагноза на ранних стадиях, а также высоким уровнем инвалидизации пациентов [9, 11]. В детском возрасте множественные менингиомы крайне редки (описаны казуистические наблюдения). По механизмам возникновения различают мультицентричность, диссеминацию по ликворным путям либо имплантацию во время операции [6, 11]. В настоящее время под множественными менингиомами подразумевают несколько (две и более) отдельно расположенных опухолей, не имеющих явной связи между собой. К менингиоматозу отнесены многочисленные близлежащие опухоли только у больных с нейрофиброматозом [11]. Гомолатеральное и гетеролатеральное расположение узлов множественных менингиом встречается одинаково часто [6]. Особенности клиники множественных менингиом являются тенденция

к прогрессивному течению, а также сложность клинической синдромологии, отражающей многоочаговый характер процесса [6]. При наличии нескольких менингиом клинически проявляется только одна, «ведущая» опухоль, а остальные остаются бессимптомными [2]. Клиническая симптоматика множественных менингиом, по данным ряда авторов, характеризуется тремя вариантами и представлена либо асимптомным течением в структуре нейрофиброматоза 2-го типа, либо общемозговой симптоматикой, либо очаговостью [3, 4, 9, 11]. Также, с клинических позиций, возможно разделение на первично-множественные менингиомы, характеризующиеся умеренной агрессивностью и доброкачественным течением, и последовательно множественные, которые могут включать и анапластические варианты опухолей с агрессивным ростом [6,11].

В период с 2010 по 2020 г. в РНЦНХ было комплексно обследовано 18 больных с множественными менингиомами в возрасте от 18 до 68 лет (средний возраст 43 года). У 11 пациентов (55,6%), 8 мужчин и 3 женщин (44,4%) выявлены множественные менингиомы ипсилатерального (в 11 случае) и контралатерального (в 7 случаях) расположений, а также у одного пациента менингиомы локализовались в области мостомозжечкового угла и контралатеральном ей полушарии. Размеры менингиом составляли от 6 до 15 мм в диаметре. Количество выявленных менингиом у пациентов варьировало от 2 до 9: 2 менингиомы выявлены у 5 пациентов, от 3 до 5 менингиом было у 12 пациентов, у одного пациента выявлено 9 узлов менингиомы. У пациентов с множественными менингиомами наблюдались клиничко-неврологические проявления, аналогичные отмеченным у пациентов с одним объемным образованием, а именно: недостаточность мозгового кровообращения (псевдососудистый вариант клинического течения менингиом [12, 13]). По результатам Эхо-ЭГ определялись отсутствие дислокации срединных структур (9 пациентов), признаки внутричерепной гипертензии (7 пациентов), ЭЭГ демонстрировала наличие редуцированных эпифеноменов у 9 пациентов и легкие признаки дисфункции срединных структур мозга у 3 пациентов. Приводим клиническое наблюдение в динамике пациентки с множественными менингиомами.

Пациентка: М.Д., 17 лет. В июле 2019г поступила с жалобами на головные боли, головокружение, снижение слуха справа,



снижение зрения, периодическую слабость в левой руке и на общую слабость. Клинический диагноз: Множественные новообразования головного мозга. Новообразования в правой теменно-затылочной и левой лобной доли головного мозга. Новообразования правого и левого мосто-мозжечкового угла. Новообразование спинного мозга на уровне тел С3-С4 позвонков справа. Неврологический статус: сознание ясное, адекватна. Отмечается акузия справа, гипокузия слева. Шепотная речь abs двух сторон. Отмечается дисфагия и дисфония. Язычок в полости рта центрирован.

Язык в полости рта отклонен вправо. Двигательная сфера: в конечностях гипотония мышц. Чувствительная сфера: не нарушена. Координаторная сфера: в позе Ромберга стоит устойчива. Координаторные пробы выполняет с интенцией двух сторон. Менингеальные знаки отрицательные. Функции тазовых органов не нарушены. На МРТ головного мозга признаки новообразований правой теменно-затылочной доли (6,0x5,3x5,7см), левой лобной доли (19x10x13мм), мостомозжечкового угла двух сторон (2,1x2,7x1,5см и 2,7x2,9x2,2см).

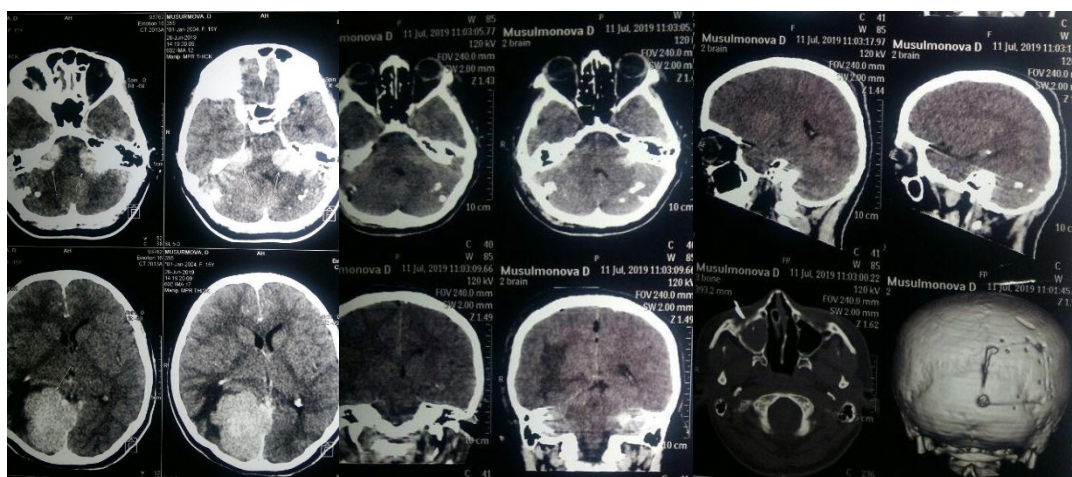


Рис.3. МРТ головного мозга

10.07.2019г. в РСНПМЦН оперирована, произведена 1-этап операция: «Краниотомия правой теменно-затылочной области с тотальным удалением внемозгового новообразования задней трети фалькса головного мозга». Гистология: фиброзная менингиома.

Выписана в удовлетворительном состоянии.

07.12.2020г в РСНПМЦН оперирована, произведен 2 - этап операции: "Ретросигмовидная краниэктомия слева с субтотальным удалением новообразования левого мостомозжечкового угла". Гистология: нейрофиброма. Выписана так же в удовлетворительном состоянии.

Заключение: сходная симптоматика при ряде неврологических заболеваний вызывает определенные диагностические трудности. При этом наиболее сложными являются множественные поражения головного мозга. В связи с этим наиболее важным представляется комплексное обследование пациентов с неврологическим дефицитом на как можно более раннем этапе заболевания, а также их динамическое наблюдение. Объем диагностических мероприятий при этом должен включать такие современные методы нейровизуализации, как МРТ (КТ) и ПЭТ.

### Литература

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: МЕДпресс, 1998.
2. Вольнкин Н.М. Рецидивы арахноидэндотелиом головного мозга и их хирургическое лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1959.
3. Габибов Г.А. Парасагитальные менингиомы и их хирургическое лечение. М.: Медицина, 1975.
4. Гуляев Д.А. Множественные интракраниальные менингиомы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, СПб., 1999.



5. Козлов А.В. Биология менингиом: современное состояние проблемы. Вопр. нейрохирургии им Н.Н. Бурденко. 2001;1:32–38.
6. Кокаева Р.М. Множественные менингиомы: клиника, диагностика, хирургическое лечение: Дис. ... канд. мед. наук.– М., 1991.
7. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии.– М.: Видар 1997.
8. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология. СПб.: ЭЛБИ–СПб, 2006:1327.
9. Никифоров Б.М., Мацко Д.Е. . Опухоли головного мозга – СПб.: Питер, 2003.– 320 с.
10. Папунцев В.С., Рожченко Л.В., Забродская Ю.М. Гигантские первично-множественные внутричерепные опухоли (менингиома и параганглиома). Нейрохирургия. 2005;3:53–56.
11. Тиглиев Г.С. Олюшин В.Е., Кондратьев А.Н. Внутричерепные менингиомы.– СПб.: Изд-во РНХИ, 2001:555.
12. Шмырев В.И., Пожидаева Н.В. Опухоли головного мозга с псевдососудистым течением. Дифференциальный диагноз основных неврологических заболеваний. 1993.
13. Шмырев В.И., Пожидаева Н.В., Архипов С.Л., Артамонов А.В. Сосудистые и опухолевые заболевания мозга с обратимым неврологическим дефицитом (транзиторные ишемические и «опухолевые» атаки). Клинич. вестн. 1995.
14. Black P. Meningiomas. Neurosurgery. – 1993.
15. Bolger G.B. Stamberg J., Kirsch I.R. et al. Chromosome translocation t(14;22) and oncogene (c-sis) variant in a pedigree with familial meningioma. G.B. Bolger, New Engl. J. Med.– 1985.
16. Chang J.H., Chang J.W., Choi J.Y. et al. Complications after gamma knife radiosurgery for benign meningiomas. J.H. Chang, J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2003;74:226– 230.
17. Evans D. Watson C., King A. et al. Multiple meningiomas: differential involvement of the NF2 gene in children and adults. J. Med. Genet. 2005; 42(1): 45–48.
18. Heshmat M.Y. Kovi J., Simpson C. et al. Neoplasms of the central nervous system / M.Y. Heshmat, J. Cancer. 1976.

Тухтамурадов Ж.А.<sup>1,2.</sup>, Кариев Г.М.<sup>1,2.</sup>, Якубов Ж.Б.<sup>1.</sup>, Бабаханов Б.Х.<sup>1.</sup>, Мамадалиев Д.М.<sup>1.</sup>,  
Ходжиметов Д.Н.<sup>1.</sup>, Эшкувватов Г.Э.<sup>1.</sup>, Эгамбердиев Р.Х.<sup>1.</sup>, Собирова С.К.<sup>2.</sup>

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ГИГАНТСКАЯ МЕНИНГИОМА СИЛЬВИЕВОЙ ЩЕЛИ

Республиканский специализированный научный практический медицинский центр нейрохирургии;  
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Менингиома - первичная опухоль оболочек головного мозга, растущая из клеток арахноидальной оболочки. По частоте встречаемости среди первичных опухолей головного мозга менингиомы занимают второе место после глиальных опухолей. Пятилетняя выживаемость составляет 91,3% случаев. Согласно классификации опухолей головного мозга принятой ВОЗ в 2007 году, менингиомы имеют три степени злокачественности (Grade I, Grade II, Grade III), где наибольшую часть составляет Grade I (90%).

Наряду с классификацией ВОЗ так же используется классификация локализации опухоли.

Классификация менингиом по локализации:

1. Парасагитальные менингиомы.
2. Конвексительные менингиомы.

3. Фалькс менингиомы.
  4. Фалькстенториальные менингиомы.
  5. Менингиомы основания черепа.
  6. Ольфакторной ямки.
  7. Клиновидной кости.
  8. Бугорка турецкого седла.
  9. Переднего наклоненного отростка.
  10. Кавернозного синуса.
  11. Петрокливальные менингиомы.
  12. Конвексительной поверхности полушария мозжечка.
  13. Мосто-мозжечкового угла.
- Конвексительные, парасагитальные и фалькс менингиомы встречаются чаще, чем менингиомы других локализаций [1, 2, 3].
- Основным методом в лечении менингиом является хирургическое удаление опухоли. Показаниями к оперативному лечению

<i>Салимов Ш.Т., Худайназаров Х.Х., Файзуллаев Т.С.</i> Болаларда пешоб–таносил тизими аъзоларининг эписпадия норосаликлари юзага келишида функционал ва органик ўзгаришлардаги аҳамияти	286	<i>Salimov Sh. T., Tadjibayev A. T., Xudaynazarov X.X., Fayzullaev T.S.</i> The significance of functional and organic changes in the occurrence of epispadias in disorders of the genitourinary system in children
<i>Ибрагимов А.И., Юлдашев Р.М., Норов А.У., Рахимов И.И., Хушбоков И.С.</i> Алгоритм дифференцированного хирургического лечения спондилолистезов поясничного отдела	289	<i>Ibragimov A.I., Yuldashev R.M., Norov A.U., Rahimov I.I., Xushbokov I.S.</i> Algorithm for differentiated surgical treatment of lumbar spondylolisthesis
<i>Исаев И.С.</i> Ҳаётнинг биринчи йилидаги болаларга тиббий-ижтимоий омиллар мажмуаси, турмуш тарзи, тиббий ёрдам кўрсатиш сифати	297	<i>Isayev I.S.</i> A complex of medical and social factors, lifestyle, quality of medical care for children in the first year of life
<i>Хайдаров Х.Ф.</i> Методологические основания научной деятельности	301	<i>Khaidarov H.F.</i> Methodological foundations of scientific activity
<b>ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ</b>		<b>NOTES FROM PRACTICE</b>
<i>Эгамбердиев Р.Х., Тухтамуродов Ж.А., Асадуллаев У.М., Алтыбаев У.У. Кариев Г.М., Кадырбеков Р.Т., Шоюнусов С.И.</i> Случай из практики: микрохирургическое удаление субэпендимомы желудочковой системы головного мозга супратенториальной локализации	303	<i>Egamberdiev R.Kh., Tuhtamurodov J.A., Asadullaev U. M., Altibaev U.U. Kariev Kadirbekov R.T., G.M., Shoyunusov S.I.</i> Case report: microsurgical removal of subependymoma of supratentorial brain ventricular system
<i>Алтыбаев У.У., Ташматов Ш.Н., Алиходжаева Г.А., Кадырбеков Р.Т., Алланазарова Н., Очилова Г.Т., Шоюнусов С.И.</i> Множественные менигиомы головного мозга	307	<i>Altybaev U.U., Toshmatov Sh.N., Alikhodzhayeva G.A., Kadyrbekov R.T., Allanzarova N., Ochilova G.T., Shoyunusov S.I.</i> Multiple meningiomas of the brain
<i>Тухтамуродов Ж.А., Кариев Г.М., Якубов Ж.Б., Бабаханов Б.Х., Мамадалиев Д.М., Ходжиметов Д.Н., Эшкувватов Г.Э., Эгамбердиев Р.Х., Собирова С.К.</i> Случай из практики: гигантская менигиома сильвиевой щели	311	<i>Tukhtamurodov J.A., Kariev G.M., Yakubov J.B., Babakhanov B.H., Mamadaliev D.M., Hodjimetov D.N., Eshkuvvatov G.E., Egamberdiev R.Kh., Sobirova S.K.</i> A case presentation: giant meningioma of the sylvian fissure
<b>В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ</b>		<b>HELP FOR PRACTITIONER</b>
<i>Тухтаева О.Т.</i> Особенности течения контактного дерматита у детей	314	<i>Tukhtaeva O.T.</i> Features of the course of contact dermatitis in children
<i>Аlyavi B.A., Abduvahitova A.N., Rasulev Yo.E., Xalmutamedov J.A., Daminov A.B., Yuldashova Yu.X.</i> Terapevt klinik amaliyotida xansirashga differensial - diagnostik yondashuv	318	<i>Аляви Б.А., Абдувахитова А.Н., Расулев Ё.Э., Халмухамедов Ж.А., Даминов А.Б., Юлдошева Ю.Х.</i> Дифференциально - диагностический подход к одышке в клинической практике терапевта
<i>Джаббарова Ю.К.</i> Ведение беременных с железодефицитной анемией	324	<i>Djabbarova Yu.K.</i> Management of pregnant women with iron deficiency anemia
<i>Юлдашев И.Р., Абдурахманов К.Х.</i> Аллергик касалликлар эпидемиологияси ва олдини олиш чора-тадбирлари	334	<i>Yuldashev I.R., Abdurakhmanov K.H.</i> Epidemiology of allergic diseases
<i>Якубова Д.М.</i> Бронхообструктивный синдром у детей раннего возраста	337	<i>Yakubova D.M.</i> Bronchoobstructive syndrome in young children
<b>ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА</b>		<b>EXPERIMENTAL MEDICINE</b>
<i>Бегманов С.А., Дусматов А.Т., Шахобутдинов З.С., Туляганов Д.Р.</i> Характеристика клеточных элементов семенников крыс при действии инсектицида ровикурта	340	<i>Begmanov S.A., Dusmatov A.T., Shahabutdinov Z.S., Tulyaganov D.R.</i> Characteristics of cellular elements of rat testicles under the action of the insecticide rovicurt