

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI FANLAR AKADEMIYASI

**NAZARIY va
KLINIK TIBBIYOT
JURNALI**



**JOURNAL
of THEORETICAL
and CLINICAL
MEDICINE**

Рецензируемый научно-практический журнал.
Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан.
Журнал включен в научную электронную библиотеку и Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ).

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор проф., акад. АН РУз Т.У. АРИПОВА

проф. Б.Т. ДАМИНОВ (заместитель главного редактора),
проф. Г.М. КАРИЕВ, проф. З.С. КАМАЛОВ,
Р.З. САГИДОВА (ответственный секретарь)

2

ТАШКЕНТ – 2022

- Периферические маркеры функции щитовидной железы: эффект монотерапии Т4 у пациентов с гипотиреозом в рандомизированном перекрестном исследовании // *Endocrinol. Connect.* – 2013. – Vol. 2, №1. – P. 55-60.
24. Ting W.H., Chien M.N., Lo F.S. et al. Association of cytotoxic T-lymphocyte-associated protein 4 (CTLA4) gene polymorphisms with autoimmune thyroid disease in children and adults: Case-control study // *PLoS One.* – 2016. – Vol. 11, №4/ – P. e0154394. .
25. Tomer Y., Davies T.F. Searching for the autoimmune thyroid disease susceptibility genes: from gene mapping to gene function // *Endocrinol. Rev.* – 2003. – Vol. 24, №5. – P. 694-717.
26. Tomer Y. Genetic susceptibility to autoimmune thyroid disease: past, present, and future // *Thyroid.* – 2010. – Vol. 20, №7. – P. 715-725.
27. Vanderpump M.P. The epidemiology of thyroid disease // *Brit. Med. Bull.* – 2011. – Vol. 99. – P. 39-51.
28. Watt T. et al. Является ли аутоиммунитет щитовидной железы как таковой определяющим фактором качества жизни пациентов с аутоиммунным гипотиреозом? // *Евро. Thyroid J.* – 2012. – Vol. 1. – P. 188-192.
29. Wekking E.M., Appelholf B.C., Fliers E. et al. Когнитивное функционирование и благополучие у эутиреоидных пациентов, получающих заместительную терапию тироксином по поводу первичного гипотиреоза // *Европейский журн. эндокринолог.* – 2005. – Т. 153. – С. 747-753.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

УДК: 616.831-006.6-073.756.8

МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА(ОБЗОР)

Нишанова Ю.Х.¹, Каримова Н.С.², Ходжамова Г.А.¹, Мусулмонов Ш.Р.¹

¹Ташкентская медицинская академия

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии

XULOSA

Dolzarbligi. Gliomalar neyroektodermal kelib chiqadigan birlamchi miya o'smalarining eng keng tarqalgan geterogen guruhidir. Ular kattalarda uchraydigan barcha markaziy asab tizimi o'smalarining 50% dan ortig'ini tashkil qiladi, ulardan glioblastoma, gliomalarning eng xavfli shakli, 45-50% holatda uchraydi. Ushbu o'smalarining umumiy onkologik kasallanish tarkibidagi ulushi past bo'lishiga qaramay, ular sezilarli o'lim va kasallanish yuqori darajada ekanini aytish mumkin. Glial neoplazmalarining umumiy tuzilishidagi gliomalarning ulushi 40-45% ni tashkil qiladi, ular asosan 30-60 yoshda aniqlanadi va aholining eng mehnatga layoqatli qismiga ta'sir qiladi.

Glial neoplazmalar astrositik yoki oligodendrosit populyatsiyasining hujayralaridan rivojlanadi va birlamchi o'simta tugunining tez o'sishi, invazivlik, erta metastazga moyilligi, yuqori takrorlanish darajasi va yomon prognoz bilan tavsiflanadi. Glial miya o'smalarining xarakterli xususiyati o'simta va oddiy miya to'qimalari o'rtasida makroskopik aniq chegara bo'lmagan invaziv o'sishdir. Ushbu turdagi o'sish tez o'sadigan yuqori da-

SUMMARY

Relevance. Cerebral glial tumors continue to be a relevant issue of contemporary medicine in spite of considerable breakthroughs in oncology and neurosurgery. Cerebral gliomas constitute about 40–45% of all glial tumors' general structure; these tumors are mostly diagnosed at the age of 30–60 thus affecting the most able-bodied segment of population. Glial tumors usually arise out of astrocytal or oligodendrocytal cell population and are characteristic of high growth rate, invasiveness, early metastatic ability, high rate of recurrence and unfavorable prognosis. Invasive growth with absence of distinct macroscopic border between the tumor and normal brain tissue is a characteristic peculiarity of glial brain tumors. This type of growth is peculiar for fast-growing highly malignant gliomas (anaplastic astrocytomas, glioblastomas). It is characteristic of unfavorable outcome. Anaplastic gliomas like a majority of malignant tumors are characteristic of intensive development of pathologic vascular network which boosts the rate of tumor growth as well as the intensity of metastases-forming also increasing the risk of cerebral hemorrhage into the tumor.

rajadagi gliomalar (anoplastik astrositomalar, glioblastomalar) uchun xarakterlidir, va noqulay prognoz bilan tavsiflanadi.

Ko'pgina xavfli o'smalar singari, gliomalarning anoplastik turlari patologik tomirlarning intensiv rivojlanishi bilan tavsiflanadi, bu neoplazmaning o'sish tezligini, invaziya va metastaz tezligini tezlashtiradi, shuningdek, qon tomirlariga qon quyilish ehtimoli tufayli bemorlar uchun xavfni oshiradi. Aniq belgilangan chegara va engil infiltratsiyaga ega bo'lgan nodulyar o'sish turi, davolashning yanada qulay prognoziga ega bo'lgan shartli yaxshi gliomalarda kamroq uchraydi.

Tadqiqotning maqsadi. Bosh miya gliomalari uchun radiatsiya terapiyasini rejalashtirish va monitoring qilishda MR perfuziyasidan foydalangan holda qon oqimining xususiyatlarini o'rganish.

Xulosa. Radiatsiyaning yuqori informatsion usullari tadqiqot qilish imkoniyatini beradi, miyaning tasviri, hajmini taxmin qilish, neoplazmalarning shakli va tuzilishi, ularning miyadagi holati, mavjudligi va tarqalishini

Kalit so'zlar: bosh miya o'smalari, glioma, neyroonkologiya, neyroxirurgiya, neyrovizualizatsiya.

Глиомы (нейроэктодермальные/нейроэпителиальные опухоли) – первичные опухоли центральной нервной системы, исходно возникающие из клеток глиии, составляющих паренхиму мозга. В мире заболеваемость различными типами глиом составляет 10-13 случаев на 100 тыс. населения [8,22,25]. Интерес к проблеме глиальных опухолей мозга в настоящее время обусловлен неуклонным нарастанием удельного веса больных глиомами в общей структуре онкологической заболеваемости и отсутствием прорывных достижений в результатах лечения пациентов с этой патологией, несмотря на частные успехи фундаментальной и клинической онкологии, расширение арсенала противоопухолевой химиотерапии и повышение технической оснащенности диагностических и нейрохирургических отделений [5].

Среди всех новообразований центральной нервной системы глиомы занимают ведущее место, составляя, по разным оценкам, 40-45% всех интракраниальных опухолей [1,18,26]. Клиническая классификация глиальных новообразований, обеспечивающая единство тактики лечения и точность прогноза, построена на принципах локализации, гистогенеза и активности опухолевого процесса. Локализационный принцип предполагает разделение опухолей на группы в зависимости от места их возникновения (отдельных мозговых структур) и распространения в мозговом веществе.

По данным эпидемиологических исследований, частота поражения глиомами различных отделов головного мозга (ГМ) у взрослых пациентов ориентировочно составляет [14,28]: полушария большого мозга – 70% (в том числе лобная доля – до 19%, височная – до 13%, теменная – до 9%, затылочная – до 2%, сочетание поражения различных долей – около

Nodal type of growth with distinct border and moderate infiltration is less typical and may be found in case of conditionally benign gliomas with more favorable prognosis.

The aim of the study. To study the features of blood flow using MR perfusion in planning and monitoring radiation therapy for brain gliomas to predict the likelihood of recurrence.

Conclusion. Highly informative methods of radiation research provides an opportunity to image of the brain, estimate the size, shape and structure of neoplasms, their position in the brain, to determine the presence and prevalence edema, identify areas and degree of brain tissue damage

Keywords: cerebral tumors; brain tumors; neurooncology; neurosurgery, neurovisualization.

aniqlash, miya to'qimalarining shikastlanish joylari va darajasini aniqlashga imkon beradi.

28%); мозолистое тело – 5%; подкорковые ганглии – 6%; желудочки мозга – 7%; зрительные нервы и хиазма – 1-1,5%; ствол мозга – 6%; мозжечок – 4-4,5%. Несмотря на то, что заболеваемость глиомами характерна для всех возрастных групп, как правило, эти опухоли встречаются у пациентов в возрасте 30-60 лет, т. е. поражается наиболее трудоспособная часть населения. По сравнению с женщинами у мужчин риск развития глиом равен 1,5:1, у пожилых по отношению к молодым – 3,2:1 [11,17,21,26].

В зависимости от исходного гистологического типа клетки-предшественницы опухолевого клона создана патоморфологическая классификация глиом, которая предполагает выделение нескольких категорий: 1) астроцитарные опухоли; 2) олигодендроглиальные опухоли; 3) олигоастроцитарные опухоли; 4) эпендимарные опухоли; 5) опухоли хориоидного сплетения; 6) другие нейроэпителиальные опухоли; 7) нейрональные и смешанные нейронально-глиальные опухоли; 8) опухоли шишковидной железы; 9) эмбриональные опухоли. В отличие от классификации глиальных новообразований, основанной на их локализации и предназначенной в основном для оптимизации тактики оперативного лечения, патоморфологическая классификация имеет первостепенное значение для подбора химиотерапии, определения прогноза развития заболевания, а также для фундаментальных исследований в нейроонкологии.

Около 70% первичных опухолей головного мозга представлены различными глиомами, из них более половины на момент постановки диагноза уже имеют высокую степень злокачественности (G III-IV степени по классификации ВОЗ). Решающую роль в определении степени активности (злокачественности) играют методы гистологического исследования