

## ОПУХОЛИ АСТРОЦИТАРНОГО РЯДА У ДЕТЕЙ

*Г.К.Мамбетова, Н.Т.Артыкбаева*  
*КазНМУ, Алматы, Казахстан*

Среди опухолевой патологии у детей опухоли головного мозга занимают 1-2 место. По гистологической структуре на первом месте находятся медуллобластомы – 29-50%, на втором – астроцитомы – 32-36%, на третьем – эпендимомы – 1,4-18%.

**Цель исследования:** изучение структуры заболеваемости опухолями астроцитарного ряда различной степени анаплазии по данным нейрохирургического отделения городской клинической больницы №7 г.Алматы.

**Материал и методы исследования:** Материал исследования - операционный материал нейрохирургического отделения ГКБ №7 - 244 случая. Метод исследования – морфологический.

**Результаты и обсуждение:** Из опухолей астроцитарного ряда типические астроцитомы (протоплазматические, фибриллярные, смешанные и пилоцитарные) у мальчиков и

девочек распределялись одинаково – по 22,9%, гемосоцитарные у мальчиков – 3,12%, у девочек – 2,08%, анапластические астроцитомы – у мальчиков 6,25%, у девочек – 7,3%, глиобластомы – у мальчиков 16,7%, у девочек 6,25%, опухоли сложного строения (олигоастроцитомы и эпендимоастроцитомы) у мальчиков и девочек по 6,25%.

**Заключение:** Таким образом имеется явное преобладание глиобластом у мальчиков. По возрасту отмечается преобладание в возрастной группе от 4 до 8 лет за счет типических астроцитом, и от 13 до 18 лет за счет типических астроцитом и глиобластом, наименьшее количество опухолей у детей до 3-х лет, причем в этой возрастной группе встречаются только типические астроцитомы и опухоли сложного строения. По локализации преобладают опухоли супратенториального расположения.

## РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОПУХОЛЕЙ МОЗГА С ПРОДОЛЖЕННЫМ РОСТОМ

*Г.К. Мамбетова, А.В. Гончарова, И.Н. Сергеева, С.Д. Карибай*  
*ГККП «Городское патологоанатомическое бюро», Алматы, Казахстан*  
*Городская клиническая больница №7, Алматы, Казахстан*

**Цель исследования:** анализ клинических случаев опухолей головного мозга с продолженным ростом, с определением взаимосвязи с гистологическим типом.

**Материалы и методы:** были изучены 10 клинических случаев продолженного роста внутримозговых опухолей (6 женщин в возрасте от 53 до 64 лет и 4 мужчин в возрасте 34 и 52 лет). Больные находились на оперативном лечении в нейрохирургическом отделении 7 городской клинической больницы г.Алматы. Во всех случаях диагноз объемных образований в головном мозге был поставлен на основании комплексного клинического обследования, включающего, в том числе КТ, МРТ. Все больные поступили для повторного оперативного вмешательства.

Было проведено морфологическое исследование операционного материала (фрагментов опухолевой ткани разной по

консистенции, в зависимости от источника роста). Ткань опухоли фиксировали в 10% формалине, обезжировали в спиртах восходящей крепости, заливали в парафин. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином.

**Результаты:** гистологически были верифицированы в 7 случаях менинго-сосудистые опухоли и в 3 случаях нейроэпителиальные опухоли головного мозга.

Менинго-сосудистые опухоли были представлены:

- менинготелиоматозным вариантом (4 случая),
- фибробластическим (2 случая),
- сочетанием вышеуказанных вариантов (1 случай).

В случаях нейроэпителиальных опухолей при гистологическом исследовании были установлены:

- астроцитомы - пилоцитарный вариант (1 случай), и протоплазматический вариант (1 случай).

**Выводы:**

1. К морфологическим особенностям продолженного роста менингиом были отнесены наличие участков некрозов и очагов обызвествления в зонах некроза;

кроме того, отсутствие тенденции к озлокачествлению.

2. Нейроэпителиальные опухоли характеризовались наличием большого количества сосудов с выраженной пролиферацией эндотелия, очагов некроза, и более высокой степенью анаплазии (при сравнении с материалом после первой операции).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНССФЕНОИДАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ АДЕНОМАМИ ГИПОФИЗА

*К.Э. Махкамов, М.М. Азизов*

*Отделение нейрохирургии,*

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

Исследовали результаты лечения осложненных аденом гипофиза мозга по данным отделения нейрохирургии республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. С ноября 2005 года в нейрохирургическом отделении внедрен трансфеноидальный подход к опухолям гипофиза. За этот период выполнено 90 операций. На основании клинико-инструментальных исследований, интраоперационно и по данным микроскопического исследования выявлены 47 осложненных аденом гипофиза разной степени тяжести и периода течения. Из них в 16 случаях выявлен ишемический тип осложненных аденом гипофиза, в 11 по геморрагическому типу, 1 случае был выявлен синдром пустого турецкого седла и в 2 кистозная аденома гипофиза. По размерам были распределены на: гигантские АГ - 6, микроаденома – при неизменном турецком седле - 1, небольшая АГ (16-25 мм) -5, средняя (26-35 мм)-10, большая (свыше 36 мм)-15 больных. Оперативное вмешательство проведено в разные периоды заболевания: в остром периоде прооперированы 5 больных, остальные в периоде осложнений и последствий. Все больные были оперированы трансфеноидально. Операции выполнялись с использованием операционного микроскопа с этапа рассечения слизистой перегородки носа. Летальных исходов не было. В 3 случаях отмечалась ликворея, которая ликвидировалась через 3 дня после проведения консервативной терапии и соблюдения строго постельного режима.

Клиническая картина протекала на фоне симптоматики, обусловленной АГ: ее размерами, направлением роста и гормональной активностью

и была динамична. Первые двое суток она определялась острой гипоталамо-гипофизарной дисфункцией, из-за нарушений, в первую очередь, внутри АГ; направлением внезапного расширения опухоли и возможным разрывом ее капсулы. При кровоизлиянии в АГ симптоматика была обычно более яркой и полиморфной, чем при развитии некроза в опухоли. Из всех осложненных аденом гипофиза в 25 случаях выявлен полиморфный, разной степени тяжести дизэнцефальный синдром, из которых у 19 больных синдром был диагностирован до операции. В среднем больные находились в стационаре 7 дней (от 3 до 9 дней).

У 25 пациентов удалось получить катamnестические данные в сроки от 6 месяцев до 2.5 лет. За этот период времени у 3 больных отмечен продолженный рост опухоли в сроки от 1 года до 2 лет. Одна пациентка прооперирована повторно, одна больная прошла курс лучевой терапии в связи с продолженным ростом, один оставлен под наблюдением из-за отсутствия нарастания очаговой симптоматики.

Больные с АГ осложненные кровоизлиянием и некрозом опухоли составляют особую группу среди больных аденомой гипофиза, что необходимо учитывать при их лечении. Результаты лечения зависят от тяжести и периода осложненных АГ, во время которого производится хирургическое вмешательство. Несмотря на то, что методом выбора лечения осложненных АГ является трансфеноидальная аденомэктомия, благоприятный исход после операции возможен при адекватной консервативной терапии, направленной на коррекцию гемодинамических нарушений и поддержание гомеостаза.