



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616—006.328 : 618.2

DOI: 10.53498/24094498_2023_3_36

Н.А. Рыскельдиев, М.А. Тлеубергенов, Д.Т. Бердибаева, А.Е. Молдабеков, Б.Б. Жетписбаев,
Д.С. Баймуханов, Д.К. Жаксыбаев, М.Т. Арланбеков

АО «Национальный центр нейрохирургии», г. Астана, Казахстан

БЛАГОПОЛУЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ГИГАНТСКОЙ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У 34 ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА И УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Менингиомы являются доброкачественными опухолями, которые растут медленно. Лечение пациенток с опухолями головного мозга в период беременности и в послеродовом периоде является актуальной проблемой современной нейрохирургии. Увеличение объема жидкости и половых гормонов, происходящих во время беременности, могут оказывать сильное воздействие на рост опухоли и неврологические симптомы. К счастью, данные случаи встречаются довольно редко. Это связано с множественными факторами риска как для матери, так и для плода. Своевременная диагностика, мультидисциплинарный коллегиальный подход, мобильность реагирования на течение болезни в зависимости от срока гестации, выбор времени, метода проведения хирургического воздействия и родов снижает угрозу и способствует более благоприятному прогнозу. В данном случае у 34 летней пациентки в сроке 37 недель было выявлено образование правой теменной области. После проведения родоразрешения путем кесарева сечения было проведено оперативное лечение – микрохирургическое тотальное удаление опухоли с благоприятным исходом.

Ключевые слова: беременность, менингиома, диагностика во время беременности.

Введение

Менингиомы являются преимущественно доброкачественными опухолями, возникающими из клеток арахноидальной оболочки [1]. Они чаще встречаются среди женщин по сравнению с мужчинами [2]. Первый случай беременной женщины с опухолью головного мозга был описан Бернардом в 1898 г. [3]. Возникновение менингиомы во время беременности встречается редко, по сравнению с небеременными женщинами той же возрастной группы [4-7]. Рост менингиом наблюдается в период беременности, что связано с гормональной гипотезой [2]. Частота случаев менингиом во время беременности встречается 5-6 случаев на 100 000 женщин [8]. Клиническая картина менингиом во время беременности представлена в виде симптомов внутричерепной гипертензии, фокальных судорог, неврологического дефицита [9]. МРТ является эффективным рентгенологическим методом диагностики менингиом во время беременности [10]. Оперативное лече-

ние является одним из методов тактики ведения данных пациентов [11].

В этой статье будут представлены клиническая картина, рентгенологические данные, сроки и объем хирургической резекции, а также клинические и хирургические результаты пациентки с удалением менингиомы в раннем послеродовом периоде.

Описание клинического случая

Пациентка С., 34-летняя женщина поступила в АО «Национальный центр нейрохирургии» в раннем послеродовом периоде. Из анамнеза: беременность - 4, роды - 4, аборт 0, гестационный возраст плода 37 недель. До беременности жалоб и неврологических симптомов у пациентки не было. В сроке 16 недель начали проявляться ранние симптомы, в виде пареза левой конечности при мануальном мышечном тесте (ММТ) 4/5. В динамике в течение пяти месяцев парез постепенно прогрессировал до плегии ММТ of 0/5 в ди-

намике за два месяца (GA 30 weeks) в верхней левой, и ММТ 0/5 в течение двух месяцев в левой нижней конечности на 3/5. Общемозговая симптоматика включала головную боль, рвоту и головокружение. Пациентка и ее родственники отказывались от хирургического вмешательства, ожидая срока беременности. Наследственный анамнез по опухолям не отягощён. В 2021 году пациентка переболела COVID-19 во время беременности на третьего ребенка, который родился с диагнозом «Легкий церебральный паралич». После беременности отмечалась гипохромная анемия средней степени тяжести. В неврологическом статусе отмечалась верхняя левосторонняя моноплегия, нижний левосторонний монопарез.

В данном случае пациентка была прооперирована через девятнадцать дней после кесарева сечения. Основной причиной этого было то, что у пациентки была гипохромная ане-

мия, которую необходимо было корректировать перед нейрохирургической операцией, для предотвращения осложнений. Было решено лечить анемию с помощью препаратов железа. После лечения уровень гемоглобина от 97 г/л был увеличен до 110 г/л. Магнитно-резонансная томография (МРТ) показала массивное (5,92x 5,04x 4,3 см) поражение в теменной доле правого полушария, сверхинтенсивное образование определяется в режимах T2 WI и FLAIR, сниженной интенсивности в режимах T1 WI, с широким основанием прилегающей твердой мозговой оболочки, контуры ровные, с перифокальным отеком вещества головного мозга, со смещением структуры головного мозга по средней линии слева на 1,18 см со сдавлением мозолистого тела. Предоперационным рентгенологическим диагнозом была гигантская менингиома (рис. 1).

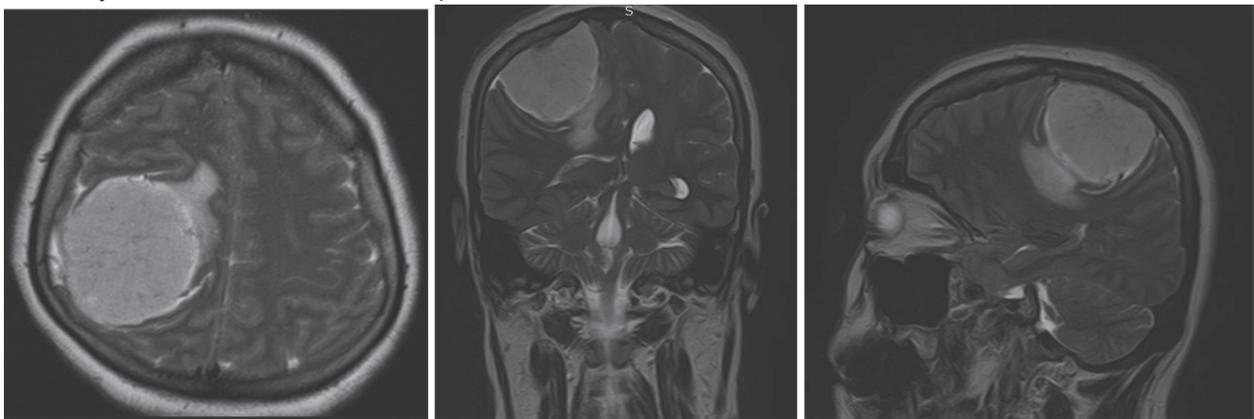


Рисунок 1 – МРТ теменной доли правого полушария

Пациентке было проведено оперативное лечение - Краниоэктомия теменной области. Микрохирургическое удаление объемного образования в правой теменной доле с применением нейронавигации и с реинфузией. Пластика твердой мозговой оболочки с искусственной ТМО.

Контрольная компьютерная томография головного мозга, проведенная в первый день после операции, показала, что опухоль была удалена тотально (рис. 2), также отмечалась положительная неврологическая динамика в виде улучшения и появления мышечной силы: с рук 3 балла, с ног 4 балла из 5.

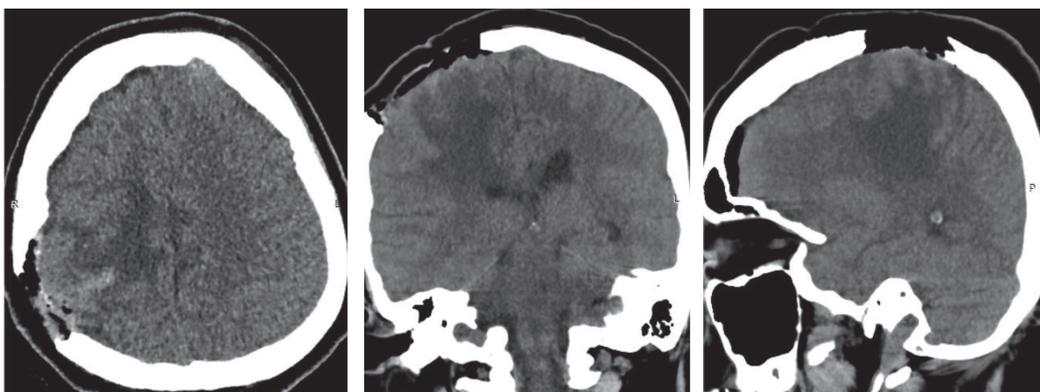


Рисунок 2 – Компьютерная томография головного мозга после операции

Патологоанатомическое исследование проводили с использованием микроскопа Axioskop 40 фирмы Carl Zeiss (Оберкохен, Германия) и сканирующего микроскопа Panoptamc MIDI с общим увеличением $\times 40$, $\times 100$ и $\times 200$. В наблюдаемых гистологических образцах, окрашенных гематоксилином, эозином, образование, построенное из довольно однородных округлых и овальных эндотелиальных клеток, имеет средний размер. Клетки мозаичные, тесно прилегающие друг к другу, без четких границ. Ядра округло-оваль-

ной формы, с небольшим присутствием хроматина. Ядрышки маленькие, их очертания нечеткие. В ядрах имеются единичные митотические фигуры (менее 4 в 10 полях зрения). Клетки образуют небольшие и макроцентричные структуры. Последние напоминают разрезанную луковицу в виде скрученных удлиненных клеток вокруг регрессивно измененной клетки, лежащей в центре. Есть очаги гиалиноза, одни округлые слоистые petrificates – psammoma органов, геморрагии (рис. 3).

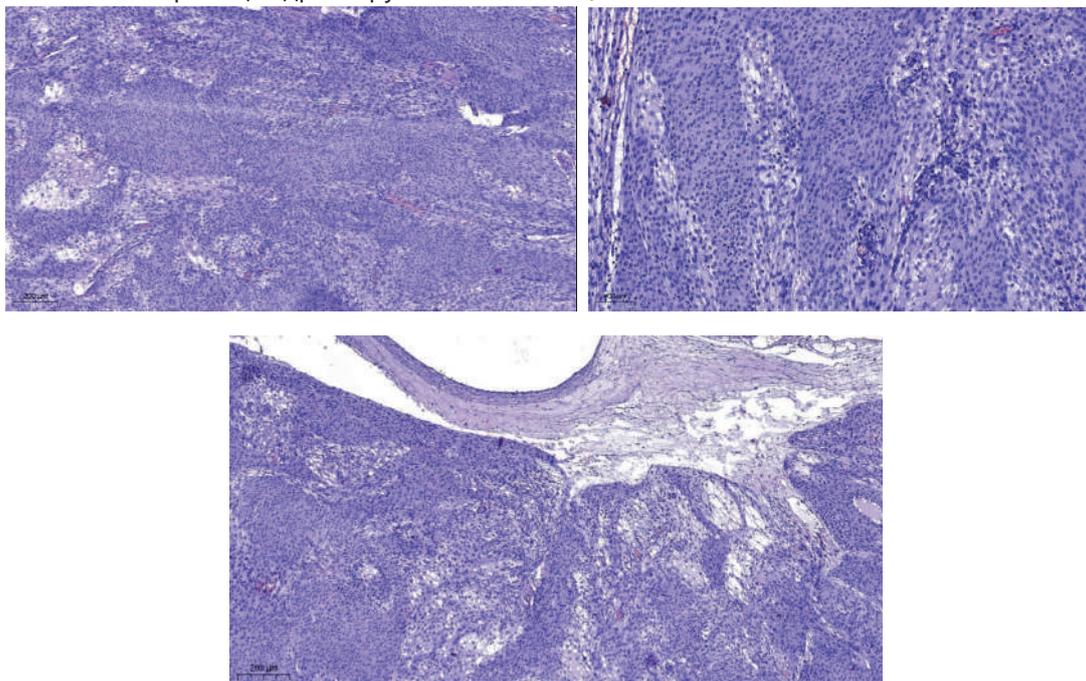


Рисунок 3 – гистологический препарат удаленной опухоли: Менингиома, класс ВОЗ 1, код МКБ-О 9445/3. Гематоксилин и эозин (А, С). ($\times 100$). (В). ($\times 200$)

Обсуждение

Менингиома является наиболее распространенной первичной внутричерепной опухолью у взрослого населения; это медленно растущее новообразование, которое возникает из клеток арахноидальной оболочки. На долю этой опухоли приходится 10-20% всех новообразований с заболеваемостью среди женщин 3 случая на 100 000 женщин. Возникновение менингиомы во время беременности встречается редко, потому что беременные женщины, как правило, молоды и здоровы, поэтому общая частота этой патологии не превышает небеременных женщин в той же возрастной группе [10]. Тактика ведения внутричерепных опухолей во время беременности зависит от физического состояния пациентки, локализации опухоли, срока беременности и других сопутствующих факторов. Хирургическое удаление является методом выбора при внутри-

черепных менингиомах, но хирургическое вмешательство следует избегать во время беременности, когда это возможно, из-за повышенного риска как для матери, так и для плода, удаление опухоли лучше отложить, проводя лечение внутричерепной гипертензии консервативной терапией, до достижения зрелости легких у плода [11]. Другие считают, что неинвазивный мониторинг состояния плода, такой как система оценки биофизических показателей плода и вельосиметрия доплерометрии артерий пуповины, нейроанестезия и микрохирургические методы позволяют проводить безопасное нейрохирургическое лечение внутричерепных опухолей во время беременности [12]. Наша рекомендация заключается в проведении оперативного вмешательства в послеродовом периоде, если есть возможность. Срочные нейрохирургические вмешательства должны быть выполнены в случае пациентов со злокачествен-



ными опухолями, декомпенсированной гидроцефалией или доброкачественной внутричерепной опухолью, такой как менигиома, связанная с признаками дислокаций и смещения, прогрессирующим неврологическим дефицитом [12]. С другой стороны, если не сделать нейрохирургическую операцию, опухоль может увеличиться, и это может вызвать судороги или вклинение мозгового вещества. Тотальное удаление опухоли является единственным радикальным методом лечения менигиомы и определяется локализацией опухоли. Медикаментозное лечение до и после операции включает кортикостероиды, обычная доза составляет 2-4 мг Дексаметазона каждые 6 часов. Также необходимы противосудорожные препараты, предпочтительно монотерапия.

Заключение

При выявлении опухоли головного мозга у беременных женщин или в раннем послеоперационном периоде, необходимо решение дальнейшей тактики мультидисциплинарно, учитывая клинику, лабораторно-клинические данные, МР-визуализации. Если образование доброкачественного характера по данным МРТ снимков головного мозга и неврологического дефицита, кроме зрительного нарушения, как в данном случае, можно проведение тотального микрохирургического удаления опухоли в раннем послеродовом периоде. При тотальном удалении опухоли, неврологическая симптоматика может постепенно регрессировать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Marosi C., Hassler M., Roessler K., Reni M., Sant M., Mazza E., Vecht C. Meningioma // *Critical reviews in oncology/hematology*. – 2008. – 67(2). – pp. 153-171.
2. Lee E., Grutsch J., Persky V., Glick R., Mendes J., Davis F. Association of meningioma with reproductive factors // *International journal of cancer*. – 2006. – 119(5). – pp. 1152-1157.
3. Bernard M.H. Sarcome cerebral à evolution rapide au cours de la grossesse et pendant les suites des couches // *Bull Soc d'Obst de Paris*. – 1898. – 1. – P. 296-298.
4. Kasper E.M., Hess P.E., Silasi M., Lim K.H., Gray J., Reddy H., Gilmore L., Kasper B. A pregnant female with a large intracranial mass: Reviewing the evidence to obtain management guidelines for intracranial meningiomas during pregnancy // *Surg Neurol Int*. – 2010 Dec. – 1. – 95.
5. Sahu S., Lata I., Gupta D. Management of pregnant female with meningioma for craniotomy // *J Neurosci Rural Pract*. – 2010 Jan. – 1(1). – 35-7.
6. Rohringer M., Sutherland G.R., Louw D.F., et al. Incidence and clinicopathological features of meningioma // *J Neurosurg*. – 1989. – 71. – 665-72.
7. Lucy D., Pratima M., Puspa K., Umakant S., Niharika P. Pregnancy with meningioma // *J Obstet Gynecol India*. – 2008. – 58 (2). – 156-158.
8. Hortobágyi T., Bencze J., Murnyák B., Kouhsari M.C., Bognár L., Marko-Varga G. Pathophysiology of meningioma growth in pregnancy // *Open Medicine*. – 2017. – 12(1). – pp.195-200.
9. Dumitrescu, B.C., Tataranu, L.G. and Gorgan, M.R., 2014. Pregnant woman with an intracranial meningioma: case report and review of the literature. *Romanian Neurosurgery*, pp.482-489.
10. Kasper EM, Hess PE, Silasi M, Lim KH, Gray J, Reddy H, Gilmore L, Kasper B. A pregnant female with a large intracranial mass: Reviewing the evidence to obtain management guidelines for intracranial meningiomas during pregnancy. *Surg Neurol Int*. 2010 Dec 25; 1:95
11. Alluwimi I, Al-Anazi AR. Meningioma in pregnancy. *Bahrain Medical Bulletin*. 2004 June; 26 (2): 1-8.
12. Kanaan I, Jallu A, Kanaan H. Management Strategy for Meningioma in Pregnancy: A Clinical Study. *Skull Base*. 2003 Nov;13(4):197-203



Н.А. Рыскелдиев, М.А. Тлеубергенов, Д.Т. Бердибаева, А.Е. Молдабеков, Б.Б. Жетписбаев, Д.С. Баймуханов, Д.К. Жаксыбаев, М.Т. Арланбеков

АҚ «Ұлттық нейрохирургия орталығы», Астана қ., Қазақстан

34 ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТА ҮЛКЕН МИ ІСІГІ КЕЗІНДЕ ЖҮКТІЛІКТІҢ ҚАУІПСІЗ ӨТУІ ЖӘНЕ БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ ІСІКТІ АЛЫП ТАСТАУ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Менингиома – баяу өсетін қатерсіз ісік. Жүктілік кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде ми ісіктері бар науқастарды емдеу қазіргі нейрохирургияның өзекті мәселесі болып табылады. Жүктілік кезінде пайда болатын сұйықтық пен жыныстық гормондардың ұлғаюы ісіктің өсуіне және неврологиялық белгілерге қатты әсер етуі мүмкін. Бұл жағдайлардың өте сирек кездесетіндігі қуантады. Бұл ана үшін де, ұрық үшін де көптеген қауіп факторларына байланысты. Уақтылы диагностика жасау, мультидисциплинарлы науқасты қарау, жүктілік мерзіміне байланысты аурудың ағымына қарай тез шешім қабылдау, хирургиялық тәсіл мен босанудың уақытын, әдісін таңдау қауіпті азайтады және қолайлы болжамға ықпал етеді. Бұл жағдайда 34 жастағы науқаста 37 апта ішінде оң жақ париетальды аймақтың түзілуі анықталды. Кесарь тілігі арқылы босанғаннан кейін хирургиялық емдеу жүргізілді – ісік қолайлы нәтижемен толық алып тасталды.

Негізгі сөздер: жүктілік, менингиома, жүктілік кезіндегі диагностика.

N.A. Ryskeldiyev, M.A. Tleubergenov, D.T. Berdibayeva, A.E. Moldabekov, B.B. Zhetpisbayev D.S. Baimukhanov, D.K.Zhaxybaev, M.T. Arlanbekov

JSC «National Center for Neurosurgery», Astana, Republic of Kazakhstan

SUCCESSFUL COMPLETION OF PREGNANCY WITH A GIANT BRAIN TUMOR IN A 34-YEAR-OLD PATIENT AND TUMOR REMOVAL IN THE POSTPARTUM PERIOD: A CLINICAL CASE

Meningiomas are benign tumors that grow slowly. Treatment of patients with brain tumors during pregnancy and in the postpartum period is an urgent problem of modern neurosurgery. The increase in fluid volume and reproductive hormones that occur during pregnancy can have a profound effect on tumor growth and neurological symptoms. Fortunately, these cases are quite rare. This is due to multiple risk factors for both mother and fetus. Timely diagnosis, multidisciplinary collegial approach, mobility of response to the course of the disease depending on the gestational age, choice of time, method of surgical intervention and delivery reduces the threat and contributes to a more favorable prognosis. In this case, a 34-year-old patient at 37 weeks of gestation was found to have a tumor in the right parietal region. After delivery by caesarean section, surgical treatment was performed - microsurgical total removal of the tumor with a favorable outcome.

Keywords: pregnancy, meningioma, diagnosis during pregnancy.



УДК 616-006.385 : 616.832.14

DOI: 10.53498/24094498_2023_3_41

Ш. Ибрагимов, Б. Эртугрул, М. Каплан

Медицинский факультет Университета Фират, кафедра нейрохирургии, г. Элязыг, Турция

ЧИСТАЯ КИСТОЗНАЯ ШВАННОМА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ОБСУЖДЕНИЕ ЛИТЕРАТУРЫ

Введение: Шванномы представляют солидные опухоли, состоящие из оболочки нерва. Чистые кистозные шванномы встречаются редко и их трудно диагностировать.

Мы обсудили пациента с чистой кистозной шванномой поясничного отдела в свете литературы.

Методы: Пациентке 45 лет отмечались боли в пояснице и ногах, двигательного дефицита не было. На магнитно-резонансной томографии (МРТ) он был интрадуральным, экстремедулярным на расстоянии L2-L3, гиперинтенсивным на T1W МРТ, гиперинтенсивным на T2W и размером 10x10 мм. В операции чистое кистозное образование было полностью удалено. При гистопатологии было обнаружено чистая кистозная шваннома. При МРТ в первый год рецидивов не наблюдалось.

Обсуждение: Шванномы представляют солидный, хорошо очерченные, инкапсулированные опухоли, интрамедулярная локализация встречается редко, в 90% случаев спорадическая. В клинике можно увидеть неврологический дефицит, связанный с размером опухоли. МРТ важна в диагностике: изогипоинтенсивная в T1W МРТ и гиперинтенсивная в T2W. Кольцевое усиление типично для контрастных серий. В отличие от нашего случая, на МРТ T1W и T2W наблюдалась гиперинтенсивность. При лечении чистых кистозных шванном следует полностью удалить, чтобы предотвратить рецидив.

Заключение: Чистые кистозные шванномы позвоночника встречаются редко, и основным методом лечения является хирургическое иссечение.

Ключевые слова: кистозная шваннома, интрадуральный экстремедулярный, интрамедулярный.

Введение

Шванномы представляют собой опухоли, исходящие из оболочек нервов, и составляют 29% первичных опухолей позвоночника [1]. Обычно они возникают из дорсальных чувствительных корешков спинномозговых нервов и примерно половина опухолей локализуется в пояснично-крестцовой области [2]. Мужчин и женщин поражает в равной степени и часто после четвертого десятилетия жизни.

Шванномы обычно представляют собой солидные опухоли, иногда с кистозным компонентом. Чистые кистозные шванномы встречаются крайне редко, поэтому диагностика может быть затруднена.

В этом докладе мы представили случай чистой кистозной шванномы поясничной области, поскольку она встречается очень редко. Мы обсудили клинические и радиологические данные и лечение нашего случая в сопровождении литературы.

Материалы и методы

Пациентка, 45 лет, обратилась с жалобами на боли, начинающиеся от поясницы и распространяющиеся на нижние конечности с двух сторон, более выраженные справа. При неврологическом обследовании не было выявлено двигательных или сенсорных нарушений. Магнитно-резонансная томография (МРТ) выявила чистое кистозное поражение размером 10x10 мм, расположенное интрадурально экстремедулярно на расстоянии L2-L3, с уровнем жидкости в задней части, гиперинтенсивным на T1-взвешенных МРТ-изображениях и гиперинтенсивным на T2-взвешенных изображениях. Поскольку на T1-взвешенных изображениях поражение было гиперинтенсивным, достоверную интерпретацию контрастного усиления опухоли на срезах с контрастным усилением сделать невозможно (рис. 1). Чистое кистозное образование было полностью иссечено с сохранением неповрежденных во время операции волокон (рис. 2). При послеоперационном неврологическом обследовании двигательных и сенсорных



нарушений не выявлено. При гистологическом исследовании пациентки был поставлен диагноз: чистая кистозная шваннома. На контрольной МРТ

позвоночника пациента через 1 год после операции рецидива не наблюдалось (рис. 3).

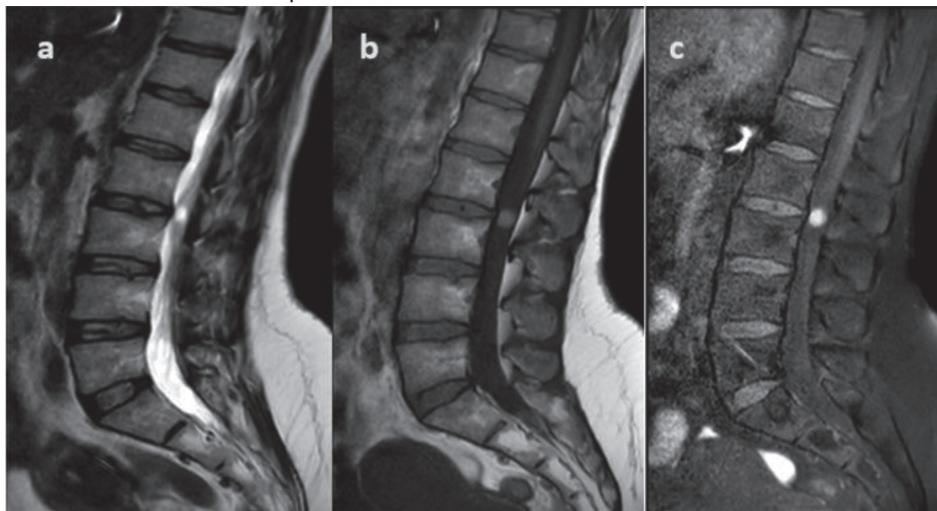


Рисунок 1 – Предоперационная МРТ: гиперинтенсивность в T2W(a), гиперинтенсивность в T1W(b), не может быть четко оценена в сериях с усиленным контрастированием (c)

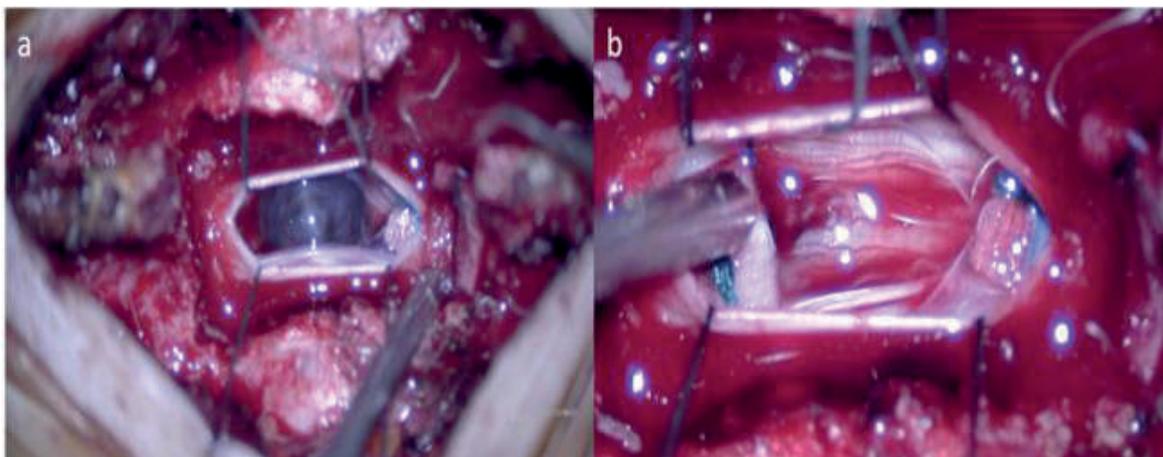


Рисунок 2 – Интраоперационное изображение: образование с кистозным компонентом (a), тотальное иссечение с сохранением нерва (b)

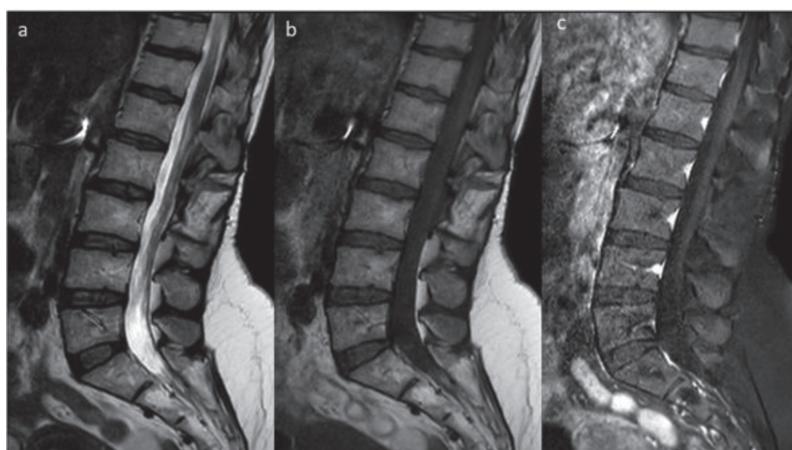


Рисунок 3 – На МРТ через 1 год после операции: в T2W(a), в T1W(b) и в сериях с усиленным контрастированием (c) новообразования не наблюдалось



Результаты и обсуждение

Шванномы обычно представляют собой солидные, хорошо очерченные и инкапсулированные опухоли, расположенные эксцентрично на дорсальных корешках периферических или спинномозговых нервов [3, 4]. У них редко наблюдается злокачественная трансформация (5%) [5]. Более половины спинальных шванном имеют интрадуральную экстрамедуллярную локализацию. Из них 25% являются чистыми экстрадуральными, а 15% — интрадуральными и экстрадуральными. Интрамедуллярная локализация встречается очень редко. 90% случаев носят спорадический характер. Комплекс Карни может быть связан с генетическими нарушениями, такими как нейрофиброматоз 2 типа [6]. В нашем случае опухоль была интрадуральной экстрамедуллярной, семейного

анамнеза не было. Никакого синдрома не сопровождалось.

Чистые кистозные шванномы встречаются очень редко, и механизм образования кист в этих поражениях неясен. Эти опухоли содержат области с низким и высоким содержанием клеток, гистологически называемые областями Антони А и Антони В. Альберт и др. сообщили, что образование кист было вызвано В-клетками Antoni. Сообщалось также, что причиной образования кист может быть развивающийся в опухоли ишемический некроз [7].

При рассмотрении случаев, описанных в литературе, средний возраст диагностики чистых кистозных шванном составляет 50 лет (26-70). Кроме того, существенной разницы между мужчинами и женщинами по заболеваемости нет. В нашем случае речь шла о женщине 45 лет (табл. 1).

Таблица 1

Авторы	N	возраст /пол	жалоба /вывод	локализация /размер	Результаты МРТ	иссечение	Следования	рецидив
Saiful et al [13]	1	45/Ж	В норме	L3-L5/7.1см	Кольцевое усиление на контрастной МРТ	Тотальный	1г	-
Kasliwal et al [12]	1	70/М	В норме	L1-2/-	Кольцевое усиление на контрастной МРТ	Тотальный	Уок	-
Borges et al [10]	1	55/М	В норме	L4-L5/6.0x1.8x1.8cm	Кольцевое усиление на контрастной МРТ	Тотальный	1г	-
Turgut et al [9]	1	43/Ж	Левая нижняя конечность 4/5, потеря тонуса анального сфинктера.	L1-L5/5x5x2cm	T1W и T2W-взвешенных изображениях изоинтенсивно со спинным мозгом	Sub-total	3г	+
	1		Боль и парестезия		Кольцевое усиление на контрастной МРТ	Тотальный	16мес	-



Parmar et al [10]	5	26/Ж	Быстро наступающий парапарез Недержание мочи и стула	L2-L4/4X 1.5cm L1-L2/3.5x 1.3cm L1/1.5x1.0	Кольцевое усиление с узловыми краями на МРТ	Тотальный	6мес	-
		34/Ж						
		56/Ж	Слабость левой нижней конечности	L2/2.0x 1.5cm T12/L1/-	Гиперинтенсивное гомогенное кольцевое усиление на МРТ T2W Гипоинтенсивное, неравномерное усиление контраста на МРТ T1W и T2W. Гипоинтенсивное однородное усиление на МРТ T1W и T2W. Гипоинтенсивность на МРТ T1W и T2W, усиление контраста в стенке поражения и перегородке.	Тотальный	-	-
		30/Ж	В норме					
		32/М	В норме					
BA et al [8]	2	62/М	Обе нижние конечности 4/5 Правая нижняя конечность 3/5	L2-L3/-	Кольцевое усиление на контрастной МРТ	Тотальный	2г	-
		63/М		L4-L5/-				
Hamabe F et al [14]	1	48/Ж	В норме	L4-S1/51mm	Одинаковая интенсивность спинномозговая жидкость на МРТ T1W и T2W. Диффузия неограниченная на МРТ	следовали	8мес	-
	1			L2-L4/-				



Savrdake et al [15]	1	50/Ж	Alt ekstremitе diz ve ayak bileđi sol 4/5,sađ 3/5	L2-L4/-	Одинаковый интенсивность спинномозговая жидкость на МРТ T1W и T2W. Кольцевое усиление на контрастной МРТ	Тотальный	6мес	-
Mevcut çalıřma	1	45/Ж	В норме	L2-L3/10 x10mm	Гиперинтенсивность на T1W и T2W МРТ, отсутствие здоровой интерпретации на контрастной МРТ	Тотальный	1мес	-
МРТ — магнитно-резонансная томография, T1W — T1-взвешенная, T2W — T2-взвешенная.								

В клинике чистой кистозной шванномы поясничного отдела, помимо болей и парестезий, можно наблюдать двигательные и сенсорные нарушения в зависимости от размера опухоли. Кроме того, из-за потери тонуса сфинктера может возникнуть недержание мочи и стула. В нашем случае неврологического дефицита не было, так как опухоль была относительно небольшой (10x10 мм). Пациентка обратилась в нашу клинику по поводу болей в пояснице и ногах (табл. 1).

МРТ играет важную роль в диагностике этих случаев. Эти опухоли выглядят изо-гипоинтенсивными на T1-взвешенных МРТ и гиперинтенсивными на T2-взвешенных изображениях. Кольцевое усиление типично для серий с контрастным усилением. В нашем случае, в отличие от литературных данных, поражение было гиперинтенсивным на T1-взвешенных МРТ-изображениях, гиперинтенсивным на T2-взвешенных изображениях и гиперинтенсивным на T1-взвешенных изображениях, поэтому невозможно было сделать интерпретацию контрастного усиления опухоли

на контрастном фоне (табл. 1). Иногда кровотечение в кисту может вызвать появление уровня жидкости на рентгенологических изображениях в зависимости от ее вязкости и содержания белка. В нашем случае уровень жидкости на МРТ поясничного отдела был достаточно высоким.

При лечении чистых кистозных шванном полное удаление опухоли должно быть целенаправленным хирургическим путем, чтобы предотвратить рецидив. Опухоль может рецидивировать при субтотальной резекции (табл. 1). В нашем случае опухоль удалили полностью. На контрольной МРТ через 1 год рецидива не было (рис. 3).

В заключение отметим, что чистые кистозные шванномы поясничного отдела позвоночника являются очень редкими поражениями. Это следует учитывать при дифференциальной диагностике кистозных поражений с кольцевидным усилением при радиологической визуализации. Хирургическое лечение этих поражений должно быть нацелено на полное иссечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Kleihues P., Cavenee WK. Pathology and genetics of tumours of the nervous system // Lyon: World Health Organization, 1997.
- Conti P., Pansini G., Mouchaty H., Capuano C., Conti R. Spinal neurinomas: retrospective analysis and long-term outcome of 179 consecutively operated cases and review of the literature // Surg Neurol. - 2004. - 61. - P. 34-43.
- Borges G., Bonilha L., Proa JrM., Fernandes Y.B., Ramina R., Zanardi V, et al. Imaging features and treatment of an intradural lumbar cystic schwannoma // Arq Neuropsiquiatr. - 2005. - 63. - P. 681-4.
- Jaiswal A., Shetty AP., Rajasekaran S. Giant cystic intradural schwannoma in the lumbosacral region: a case report// J Orthop Surg. - 2008. - 16. - P. 102-6.



5. Rhanim A., El Zanati R., Mahfoud M., Berrada MS., El Yaacoubi M. A rare cause of chronic sciatic pain: schwannoma of the sciatic nerve // J Clin Orthop Trauma. – 2013. - 4((2)). - P. 89–92.
6. Crist J., Hodge J.R., Frick M., Leung F.P., Hsu E., Gi M.T., et al. Magnetic resonance imaging appearance of schwannomas from head to toe: a pictorial review // J Clin Imaging Sci. – 2017 Oct. - 7. – P.38.
7. Albert A.F., Kirkman M.A., du Plessis D., Sacho R., Cowie R, Tzerakis NG. Giant solitary cystic schwannoma of the cervical spine: a case report // Clin Neurol Neurosurg. - 2012 May. - 114(4). – P. 396-8.
8. Wu D., Ba Z., Huang Y., Zhao W., Shen B., Kan H. Totally cystic schwannoma of the lumbar spine // Orthopedics. – 2013. - 36(5). - 679-82.
9. Turgut M., Erkus M. Giant schwannoma of the cauda equina: case report and review of the literature // Zentralbl Neurochir. – 2008. - 69(2). - 99-101.
10. Parmar H., Patkar D., Gadani S., Shah J. Cystic lumbar nerve sheath tumours: MRI features in five patients // Australas Radiol. – 2001. - 45(2). - 123-127.
11. Borges G., Bonilha L., Proa M Jr, et al. Imaging features and treatment of an intradural lumbar cystic schwannoma // Arq Neuropsiquiatr. – 2005. - 63(3A). - 681-684.
12. Kasliwal M.K., Kale S.S., Sharma B.S., Suri V. Totally cystic intradural extramedullary schwannoma // Turk Neurosurg. – 2008. - 18(4). - 404-406.
13. Saiful Azli M.N., Abd Rahman I.G., Md Salzihan M.S. Ancient schwannoma of the conus medullaris // Med J Malaysia. – 2007. - 62(3). - 256-258.
14. Hamabe F., Soga S., Imabayashi H., Matsunaga A., Shinmoto H. Mobile Spinal Schwannoma with a Completely Cystic Appearance // Am J Case Rep. -2019 Jun 17. -20. - 859-863.
15. Savardekar A., Singla N., Mohindra S., Ahuja CK., Gupta SK. Cystic spinal schwannomas: A short series of six cases. Can we predict them preoperatively? // Surg Neurol Int. - 2014 Aug. - 28. - 5(Suppl 7). - S349-53.

Ш. Ибрагимов, Б. Эртугрул, М. Каплан

Фират университетінің Медицина факультеті, нейрохирургия кафедрасы, Элазиг қ., Түркия

БЕЛ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТАЗА КИСТОЗДЫ ШВАННОМА: ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ ЖӘНЕ ӘДЕБИЕТТІ ТАЛҚЫЛАУ

Кіріспе: Шванномалар жүйке қабығынан дамиды қатты ісіктер. Таза кистозды шванномалар сирек кездеседі және диагноз қою қиын.

Біз таза бел аймағында кистозды шванномасы бар науқасты әдебиеттер аясында талқыладық.

Әдістер: 45 жастағы науқас, белі және аяқтары ауыруына шағымдалды, моторлы-сенсорлық дефицит байқалмады. Магниттік-резонанстық томографияда (МРТ) L2-L3 аралығында интрадуралды экстремедулярлы, T1W МРТ-да гиперинтенсті, T2W-де гиперинтенсті және өлшемі 10x10 мм еді. Отада кистозды ісік толығымен шығарылды. Гистопатологияда таза кистозды шваннома диагнозы қойылды. МРТ бір жыл ішінде рецидив анықталмады.

Талқылау: Шванномалар жақсы шектелген, инкапсулирленген ісіктер, интрамедулярлық локализация сирек, 90% жағдайда спорадикалық. Клиникада ісік өлшеміне байланысты неврологиялық дефицит көруге болады. МРТ диагностикада маңызды: T1W MRI-да изогипоинтенс және T2W-де гиперинтенс. Контраст серияларда сақина тарізді контрастталу тән. Біздің жағдайымыздан айырмашылығы, T1W және T2W МРТ-да ісік гиперинтенсив еді. Таза кистозды шванномаларда рецидив болдырмау үшін ісік толығымен шығарылуы қажет.

Қорытынды: Омыртқаның таза кистозды шванномалары сирек кездеседі және негізгі емі хирургиялық ота болып табылады.

Негізгі сөздер: кистозды шваннома, интрадуралды экстремедулярлы, интрамедулярлық.