

საფეთქლის წილის სიმსივნეებისას დისლოკაციის დიაგნოსტიკის საკითხისადმი

^{1,2}გვაზავა იოსებ , ²გვაზავა გ.

¹საქართველოს დავით აღმაშენებლის სახელობის უნივერსიტეტი

²ქ.თბილისის პირველი კლინიკური საავადმყოფოს ნეიროქირურგიული კლინიკა,
თბილისი, საქართველო.

DOI: <https://doi.org/10.52340/spectri.2023.08.02.02>

აბსტრაქტი

გამოცდილება: საფეთქლის წილის სიმსივნეები ხასიათდებიან დისლოკაციის დიდი სიხშირით, რომელიც განსაკუთრებით შეინიშნება მათი ლოკალიზაციისას საფეთქლის წილის მედიო-ბაზალურ მიდამოში. აღნიშნული კი განპირობებულია მედიო-ბაზალური მიდამოს სიახლოვით პახიონის ხვრელთან და მისი ჩაჭედვით ტენტორიუმის ხვრელში. მზარდი სიმსივნე ტვინის ჯანმრთელი ნაწილების მიჭყლეტვის და კომპენსატორული მექანიზმების გამოფიტვის ფონზე იწვევს ცდომას და ჩაჭედვას.

მიზანი: ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს საფეთქლის წილის სიმსივნეების დროს დისლოკაციური პროცესის კლინიკურ-მორფოლოგიური და რენტგენო-დიაგნოსტიკური მახასიათებლების შესწავლა და მათი გათვალისწინებით პროგნოზული კრიტერიუმების შემუშავება ოპტიმალური ქირურგიული ტაქტიკის განსაზღვრის მიზნით.

მეთოდები: ჩვენ გამოვიკვლიეთ დისლოკაციით თანდართული საფეთქლის წილის სიმსივნეიანი 300 პაციენტი და 85 ავადმყოფის სექციური შემთხვევა. სექციური მასალიდან 53 იყო მამაკაცი, ხოლო 32 ქალი. აქედან ნაოპერაციები იყო 48 ავადმყოფი. ყველა შემთხვევა შესწავლილი და ნაოპერაციებია ქ.თბილისის I-ლი კლინიკური საავადმყოფოს ნეიროქირურგიულ კლინიკაში მასალის დამუშავებისას კლინიკურ-მორფოლოგიური

გამოკვლევების პარალელურად გამოყენებული იქნა ინსტრუმენტალური კვლევის თანამედროვე მეთოდები (კტ, მრტ, ანგიოგრაფია)

შედეგები: კლინიკურად ყველა შემთხვევაში საფეთქელ-ტენტორიალური ჩაჭედევა მიმდინარეობს მკვეთრად გამოხატული ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიის ფონზე, რაც წარმოადგენს კიდევ გამწვავებ მექანიზმს დისლოკაციის განვითარებისათვის. უხშირესად აღინიშნება ღეროს ცდომა ჩაჭედვით. ღეროს დეფორმაციაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ტვინის შეშუპებას. შეშუპებული ტვინი მთლიანად ავსებს ბაზალურ ცისტერნებს შემდგომი დისლოკაციით, რაც მეტად დამახასიათებელია იმ შემთხვევებისათვის, როდესაც ოპერაციაზე ვერ ხერხდებოდა სიმსივნის ტოტალური ამოკვეთა. მწვავედ განვითარებული თავის ტვინის შეშუპებისას დისლოკაცია ვითარდება სწრაფად. საფეთქლის წილის სიმსივნეების დროს წარმოშობილი დისლოკაციისას კეროვანი სიმპტომატიკა დომინირებს ზოგად ტვინოვანზე.

დასკვნა: დისლოკაცია უმთავრესად გვხვდება მაღალი სიმწიფის ავთვისებიანი გლიომებისას მათი უპირატესი ლოკალიზაციით საფეთქლის წილის მედიო-ბაზალურ მიდამოში. სიმსივნეთა აღნიშნულ მიდამოში ლოკალიზაციისას არ შეგვხვედრია კეთილთვისებიანი სიმსივნის არც-ერთი შემთხვევა. დისლოკაციის მოცულობა დამოკიდებულია სიმსივნის მასაზე, მისი ზრდის ტემპზე, პერიფოკალურ შეშუპებაზე, ჰერნირებული მიდამოს შეშუპებაზე, სიმსივნის ჰისტოგენეზზე და საფეთქლის წილის ფარგლებში სიმსივნის შიდაწილოვან ლოკალიზაციაზე. საფეთქელ-ტენტორიალური ჰერნიაციის ძირითადი პათომორფოლოგიური ნიშანი ღეროს ჩაჭედევა და წერტილოვანი სისხლჩაქცევები საჭიროებს ერთგვარ გადასინჯვას სისხლძარღვოვან-იშემიური პროცესის სასარგებლოდ.

About diagnostic of dislocation process during temporal lobe tumors

^{1,2}Gvazava J., Associate professor, ²Gvazava G. MD.

¹David Aghmashenebeli University of Georgia

²Neurosurgical Clinic of Tbilisi I-st Clinical Hospital, Tbilisi, Georgia

Abstract

Background : Temporal lobe tumors are characterized by high rate of dislocation, which mostly watch in medio-basal localization of tumors in limits of temporal lobe share. It's depended on topografilly nearest of medio-basal part of temporal lobe to Pachion hole. The gravity of brain herniation is determined by the rate of exhaustion of brain's compensatory reserves.

Aim : The aim of our research is to study clinic-morphological and rentgeno-diagnostic features of dislocation process during the temporal lobe tumors for definition optimal surgical treatment.

Methods : We studied 85 sectional cases of dislocation process during temporal lobe tumors – 53 males and 32 females. Besides of morphological investigations were investigated the changes of stem and supplemented by modern rentgenocontrast researches, such as CT, MRT and Angiography.

Results : All cases of temporo-tentorial herniation are taking with intracranial pressure, which is capacity mechanism for development of dislocation process. In this process often took place stem's displaced to the opposite side with wedging. Very important is brain's swelling in a phase of rough decompensation, particularly when it was impossible total removal of tumors. During dislocation caused by temporal tumors, local symptom preponderated over common symptoms difference to other hemisphere tumors.

Conclusion : The volume of dislocation depended on the tumor's mass, the rate of it's growth, perifocal swelling, tumor's histogenesis and intralobular localization in limits of temporal lobe share. Dislocation mostly occurs in the group of malignant tumors mainly localized in the medio-basal part of the temporal lobe. Main pathomorphological sign temporo-tentorial herniation, stem wedge and sharpening cerebral haemorrhage need review.

შესავალი: დისლოკაციური სინდრომი სუპრატენტორიალური მიდამოს სიმსივნეებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება საფეთქლის წილის მედიო-ბაზალური მიდამოს სიმსივნეებისას. აღნიშნული მოვლენის პათომექანიზმი ჩადებულია თვით საფეთქლის წილის ტოპოგრაფიაში, რომლის მედიო-ბაზალური უბნების სიახლოვე პახიონის ხვრელთან განაპირობებს კიდევ აღნიშნული სინდრომის ჩამოყალიბებას [5]. ამ დროს საფეთქლის წილის მედიალური უბნების გარდა ხდება ღეროს დეფორმაცია. ყოველივე ეს კი იწვევს ტვინის ქსოვილების ცდომას და ჰიპოკამპალური მიდამოს უხეშ ჩაჭედვას ტენტორიუმის ხვრელში. საფეთქლის წილის სიმსივნეებისას სხვა ლოკალიზაციის სიმსივნეებისაგან განსხვავებით შუა ფოსოს შიგთავსი ინაცვლებს წინა ფოსოსაკენ, რომელთა დროსაც ადგილი აქვს საპირისპირო მოძრაობას, რის შედეგადაც შემთხვევათა ნახევარში ადგილი აქვს ჩაჭედვას დისლოკაციით. ტვინის ცდომილი ნაწილის მოცულობა კი მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული სიმსივნის მასაზე, ჩაჭედილ უბანთან სიახლოვის თვალსაზრისით სიმსივნის ლოკალიზაციაზე, პერიფოკალური მიდამოს შემუშუებზე და სიმსივნური ქსოვილის ზრდის ტემპზე [3]. მზარდი სიმსივნე ტვინის ჯანმრთელი ნაწილების მიჭყლეტვის და კომპენსატორული მექანიზმების გამოფიტვის ფონზე იწვევს ცდომას და ჩაჭედვას.

მიზანი: ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენს საფეთქლის წილის სიმსივნეების დროს დისლოკაციური პროცესის კლინიკურ-მორფოლოგიური და რენტგენო-დიაგნოსტიკური მახასიათებლების შესწავლა და მათი გათვალისწინებით პროგნოზული კრიტერიუმების შემუშავება ოპტიმალური ქირურგიული ტაქტიკის განსაზღვრის მიზნით [4]. ჩვენ ასევე შევისწავლეთ თავის ტვინის და ღეროს დისლოკაციის თავისებურებანი დისლოკაციური პროცესის ნაადრევი დიაგნოსტიკის განსაზღვრის მიზნით და მათი სტრუქტურული კორელაციების შეფასება დისლოკაციური პროცესის სხვადასხვა ეტაპზე [2].

მეთოდები: ჩვენ შევისწავლეთ საფეთქლის წილის სიმსივნეიანი 300 პაციენტი და სექციური მასალის 85 შემთხვევა. ყველა შემთხვევა შესწავლილია და ნაოპერაციებია ქ.თბილისის პირველი კლინიკური საავადმყოფოს ნეიროქირურგიულ კლინიკაში. სექციური მასალიდან მამაკაცი იყო 53, ქალი კი 32. აქედან ნაოპერაციები იყო 48 (57%) მასალია დამუშავებისას კლინიკო-ჰისტოლოგიური გამოკვლევების პარალელურად გამოყენებული იქნა ინსტრუმენტალური კვლევის თანამედროვე მეთოდები (კტ, მრტ, ანგიოგრაფია და სხვა), რომელთა მონაცემებსაც დისლოკაციასთან მიმართებაში ეფუძნებოდა ჩვენი დასკვნები და რომელთა

დახმარებითაც შეიძლება განისაზღვროს როგორც დისლოკაციის ცალკეული სახეების, ისევე მკურნალობის პერიოდში დისლოკაციური პროცესის დინამიკაზე თვალყურის დევნება (1). კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემები დამუშავებული იქნა SPSS-10.0 პროგრამული პაკეტით.

შედეგები: კლინიკურად საფეთქელ-ტენტორიალური ჩაჭედვა მიმდინარეობს მკვეთრად გამოხატული ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზიის ფონზე, რაც წარმოადგენს კიდევ გამშვებ მექანიზმს დისლოკაციის განვითარებისათვის. ღეროს დეფორმაციაში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ტვინის „ამორჩევით“ შემუშვებას. ხშირად შემუშვებით განპირობებული ჰემისფეროს მოცულობის გაზრდა რამოდენიმეჯერ აღემატება სიმსივნის მიერ გამოწვეულ ანალოგიურ ქმედებას. 7 შემთხვევაში შემუშვება ვრცელდებოდა მხოლოდ მთელ მარცხენა ჰემისფეროზე, ისე რომ არ ვრცელდებოდა არც მარჯვენა ჰემისფეროზე და არც უკანა ფოსოში ტვინის სტრუქტურებზე. შედეგად გაფართოებული მარცხენა ჰემისფერო მთლიანად ავსებდა სიმსივნის მახლობლად მდებარე ცისტერნებს ტვინის შემდგომი დისლოკაციით. თავის ტვინის დიფუზური შემუშვების დროსაც, როდესაც დიდი ჰემისფეროების ყველა გარსი და ნივთიერება შემუშვებული ან გაფართოებულია, ნათხემის ჰემისფეროები შეიძლება იყოს სიმეტრიული, ხოლო გარსები გამჭვირვალე ღეროს განაკვეთზე რაიმე ცვლილებების გარეშე. როდესაც რაიმე მიზეზის გამო ვერ ხერხდებოდა სიმსივნის ტოტალური ამოღება, მას უხშირესად თან ერთვის თავის ტვინის დიფუზური შემუშვება, ანუ უხშირესად მწვავედ განვითარებული თავის ტვინის შემუშვებისას ვითარდება სწრაფი დისლოკაცია სამივე დონეზე ჩაჭედვით, მაშინ როდესაც საფეთქლის წილის სიმსივნეებით განპირობებული დისლოკაციისას სიკვდილის მიზეზი უმეტეს შემთხვევაში არის ჩაჭედვა ბიზას ნაპრალის დონეზე. საფეთქლის წილის სიმსივნეებით განპირობებული დისლოკაციისას ნათხემის ტონზილების ჩაჭედვა დიდ ხვრელში ხდება ყველაზე ბოლოს. თეთრი ნივთიერების გაფუებას ტვინის ნივთიერების ლოკალური პროლაბირებით ადგილი ჰქონდა 7 შემთხვევაში, ხოლო ფუძეზე ნერვების მიჭყლეტვას კი 6 შემთხვევაში. იშემია თავის ტვინსა და ღეროში გამოვლინდა 3-3 შემთხვევაში. დისლოკაციური პროცესის დინამიკა და მიმდინარეობა გარკვეულწილად დამოკიდებულია სწორედ საფეთქელში სიმსივნის შიდაწილოვან ლოკალიზაციაზე და ჰისტოლოგიურ სტრუქტურაზე [6]. დისლოკაციური ნიშნების კლინიკური გამოვლინების მიხედვით გამოყოფილი იქნა სამი ძირითადი ჯგუფი. პირველ ჯგუფში შევიყვანეთ ის

შემთხვევები, სადაც წამყვანი იყო კეროვანი სიმპტომატიკა. მეორეში - სადაც ერთდროულად ვლინდებოდა როგორც კეროვანი, ისე ზოგადტვინოვანი სიმპტომატიკა, ხოლო მესამე ჯგუფში გავაერთიანეთ ის შემთხვევები, რომელთა კლინიკურ სურათში პრევალირებდა ღეროვანი ნიშნები. საფეთქლის წილის სიმსივნეების დროს განვითარებული დისლოკაციური სინდრომისას კეროვანი სიმპტომატიკა დომინირებს ზოგადტვინოვანზე. დაავადების კლინიკურ სურათში ტონური კრუნჩხვების გამოჩენა გვაფიქრებინებს სიმსივნის ზეწოლაზე თავის ტვინის ღეროვან სტრუქტურებზე და შესაბამისად საფეთქლის წილის მედიო-ბაზალური ნაწილების შესაძლო ჩაჭედვაზე ბიშას ხვრელში[6]. ტერმინალურ სტადიაში გულყრები საერთოდ იშვიათობაა. ამოტომაც შედარებით მძიმედ და სწრაფად დისლოკაციური პროცესი მიმდინარეობს სიმსივნეების ლოკალიზაციისას საფეთქლის წილის მედიო-ბაზალურ მიდამოში. ჩვენი დაკვირვებით ეს შეიძლება აიხსნას ამ უბანში მხოლოდ ავთვისებიანი სიმსივნის არსებობით, რადგანაც აღნიშნულ მიდამოში არც ერთ შემთხვევაში არ შეგვხვდრია კეთილთვისებიანი სიმსივნე.

დასკვნა:

მიუხედავად საფეთქლის წილის სიმსივნეების უპირატესი ლოკალიზაციისა თავის ტვინის მარცხენა ჰემისფეროში, ჩვენ არ მიგვაჩნია შესაძლებლად მტკიცება რომელიმე ჰემისფეროს დომინანტობისა დისლოკაციის რეალიზაციაში. დისლოკაცია უმთავრესად გვხვდება მაღალი სიმწიფის ავთვისებიანი გლიომებისას უპირატესი ლოკალიზაციით საფეთქლის წილის მედიო-ბაზალურ მიდამოში. მედიო-ბაზალურ მიდამოში სიმსივნის ლოკალიზაციისას არც ერთ შემთხვევაში არ შეგვხვდრია კეთილთვისებიანი სიმსივნე. დისლოკაციის მოცულობა დამოკიდებულია სიმსივნის მასაზე, მისი ზრდის სისწრაფეზე, პერიფოკალურ შემუპებაზე, ჰერნირებული უბნის შემუპებაზე, სიმსივნის ჰისტოგენეზზე და მის შიდაწი-ლოვან ლოკალიზაციაზე საფეთქლის წილის ფარგლებში.

ლიტერატურა

1. Gvazava J, Gvazava G. – “ Clinico-Morphological features of herniation syndrome in temporal lobe tumors “. 8-th Black Sea Neurosurgical Congress, Tbilisi, Georgia, 2013.

2. Gvazava J, Germanishvili Z, Gvazava G. – “The peculiarity of dislocation process on the different level during temporal lobe tumors “. 1-st International Clinical Congress of Surgeons of Georgia “. The New Horizons in Surgery. Tbilisi, 2017
3. Гвазава И.С. Взаимосвязь дислокационного процесса со зрелостью , размерами и темпом роста опухоли в височной доле головного мозга . IV съезд нейрохирургов России, Москва, 2006
4. Gvazava J. Prognostic criteria of clinic-morfological features of dislocation process during temporal lobe tumors. 6-th Black Sea Neurosurgical Congress, Istanbul, Turkey, 2009.
5. Gvazava J. Topico-prognostic value of epileptic seizures in the definition of intralobular localization of temporal lobe tumors”. Proceedings 12-th World Congress of Neurosurgery, Sydney , Australia , 2001.