

© Т.О. Студеняк, 2017

УДК 616.831-006.328:616.8-037-039.5

Т.О. СТУДЕНЯК

*Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії, Ужгород*

## **РІЗНОМАНІТНІСТЬ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПРАТЕНТОРІАЛЬНИМИ МЕНІНГІОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ**

Менінгіома – найчастіша внутрішньочерепна неоплазма у дорослих пацієнтів, переважно менінгіома є доброякісною та клінічно асимптомною. Однак, в частини пацієнтів пухлина викликає ті чи інші симптоми внаслідок низки патогенетичних механізмів (компресія мозкової тканини, іритация, компресія судин тощо). В даному дослідженні проведено аналіз різноманітних клінічних симптомів у 157 пацієнтів із супратенторіальними менінгіомами головного мозку, що потенційно може сприяти ранній їх діагностиці і допомогти в подальших дослідженнях.

**Ключові слова:** менінгіома, епілепсія, симптоми, нейронкологія, нейрохірургія

**Вступ.** Менінгіома (термін введений Гарвейом Кушінгом) характеризує пухлини, які ростуть з оболон головного та спинного мозку. Вона може розташовуватися в порожнині черепа або в хребтовому каналі.

Менінгіоми у 90% випадків містяться близько до верхньобічної поверхні півкуль великого мозку або до внутрішньої основи черепа. Рідко менінгіоми можуть локалізуватися в середині шлуночків та внутрішньокістково. Проблема класифікації менінгіом полягає в тому, що арахноїдальні клітини, з яких вони ростуть, мають як мезенхімальні, так і епітеліальні характеристики. Інші мезодермальні структури можуть призводити до утворення подібних пухлин (наприклад гемангіоперцитома чи саркома). Класифікація всіх цих пухлин разом є контраверсійною. Тому було запропоновано відокремити менінгіоми від інших добре диференційованих неоплазм. Поза сумнівом, що розвиток у молекулярній біології дозволить вченим детермінувати генетичну аберацию до кожної специфічної неоплазми [1].

Щорічна захворюваність на симптоматичну менінгіому становить близько 2 випадків на 100 000 населення. Менінгіоми виявляють у близько 20 % всіх первинних інтракраніальних неоплазм. Однак, реальна поширеність значно більша, аутопсійні дослідження показали, що 2,3 % людей мають не діагностовану асимптоматичну менінгіому. Менінгіома множинна в 5–40 % випадків, переважно коли асоціюється з нейрофіброматозом другого типу. Сімейні випадки менінгіоми інколи трапляються у пацієнтів з нейрофіброматозом другого типу [1, 4, 6].

Виявити рівень смертності та захворюваності на менінгіоми важко. Деякі менінгіоми виявляються випадково під час проведення комп'ютерної

томографія або магнітно-резонансної томографії і вважаються як випадковою знахідкою. Тому деякі пацієнти помирають з менінгіомами, але не від них. Приблизне п'ятирічне виживання пацієнтів становить 73–94 % [3, 4].

Менінгіоми, зазвичай, ростуть повільно і можуть викликати певні симптоми, при цьому не спричиняючи смерть [4, 5, 6].

Менінгіома викликає симптоматику, обумовлену кількома механізмами. Вона може викликати симптоми подразнення прилягаючої кори великих півкуль головного мозку, спричинити компресію мозку та черепних нервів, продукувати гіперостоз та/або інвазуватися у підлягаючі тканини чи викликати судинні ураження головного мозку [4, 5].

**Мета дослідження.** Дослідити різноманітність неврологічної симптоматики у пацієнтів із супратенторіальними менінгіомами головного мозку в залежності від розмірів пухлини та її локалізації. Дослідити підгрупу пацієнтів, у яких менінгіома проявилася епілептичними нападами.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз історій хвороб пацієнтів, яких прооперовано з приводу супратенторіальної менінгіоми головного мозку в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології (м. Ужгород) з січня 2006 по грудень 2015 року. Критерієм включення у дослідження були: супратенторіальна локалізація та тотальність видалення пухлини. Пацієнти з інфратенторіальною локалізацією пухлини, субтотальними видаленнями та множинними менінгіомами не включалися у дослідження.

Досліджено історії хвороби 157 пацієнтів – 97 жінок та 60 чоловіків, співвідношення 1,6:1,0 відповідно. Середній вік пацієнтів становив 53,2 року (20–75). Основні клініко-інструментальні дані пацієнтів наведені в таблиці 1.

Основні клініко-інструментальні характеристики пацієнтів

Розподіл за статтю	Чоловіки	60 (38,2%)
	Жінки	97 (61,8%)
Розподіл за віком	20–30 років	10 (6,4%)
	31–40 років	14 (8,9%)
	41–50 років	34 (21,7%)
	51–60 років	52 (33,1%)
	61–70 років	37 (23,5%)
	71 і більше років	10 (6,4%)
Розподіл за локалізацією, ділянки	Верхньобічна поверхня півкуль	62 (39,5%)
	Крила клиноподібної кістки	38 (24,2%)
	Серп великого мозку	33 (21,0%)
	Горбок сідла	9 (5,7%)
	Дірчаста пластинка решітчастої кістки	9 (5,7%)
	Бічний шлуночок	3 (1,9%)
	Бічна борозна	3 (1,9%)
Розподіл за розмірами (максимальний діаметр)	Менше 30 мм	25 (21,4%)
	30–59 мм	68 (58,1%)
	Більше 60 мм	24 (20,5%)

Досліджували поширеність різних клінічних симптомів у загальній групі. Визначали перший клінічний симптом залежно від розмірів пухлини та її локалізації. Оцінювали окремо сумарні клінічні симптоми. За розмірами пухлини (максимальний діаметр) менінгіоми були розділені на три групи: менше 30 мм, 30–59 мм та 60 мм і більше. В залежності від локалізації менінгіоми поділені на

такі групи: верхньо-бічної поверхні півкуль великого мозку, крил клиноподібної кістки, серпу великого мозку, бічної борозни, дірчастої пластинки решітчастої кістки, горбка сідла та бічного шлуночка.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Основні клінічні прояви у пацієнтів залежно від досліджуваних факторів наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Поширеність першого клінічного симптому у пацієнтів залежно від локалізації та розмірів менінгіоми

Перші клінічні симптоми, ділянки, кількість пацієнтів, відсоток	Кількість пацієнтів, які в кожній конкретній групі мали той чи інший перший клінічний симптом				
	Судоми	Загально-мозкова	М'язова слабкість	Порушення зору	Інше*
Перший клінічний симптом у загальній групі	61/157	54/157	10/157	15/157	17/157
Перший клінічний симптом залежно від локалізації:					
верхньобічна поверхня півкуль – 62 (39,5%);	24/62	22/62	5/62	3/62	8/62
крила клиноподібної кістки – 38 (24,2%);	12/38	19/38	-	4/38	3/38
серп великого мозку – 33 (21,0%);	17/33	8/33	5/33	1/33	2/33
горбок сідла – 9 (5,7%);	-	-	-	7/9	2/9
дірчаста пластинка решітчастої кістки – 9 (5,7%);	4/9	3/9	-	-	2/9
бічний шлуночок – 3 (1,9%);	2/3	1/3	-	-	-
бічна борозна – 3 (1,9%)	2/3	1/3	-	-	-
Перший клінічний симптом залежно від розмірів пухлини:					
менше 30 мм – 25 (21,4%);	14/25	5/25	2/25	2/25	2/25
30–59 мм – 68 (58,1%);	25/68	25/68	5/68	7/68	6/68
більше 60 мм – 24 (20,5%)	6/24	13/24	0/24	3/24	2/24

\*Деформація кісток черепа, чутливі розлади, випадкова знахідка, зміни психіки, афатичні розлади.

Найчастіше менингіома локалізувалася в ділянці верхньо-бічної поверхні півкуль великого мозку, серпу великого мозку та ділянці клиноподібної кістки. Сумарно в цій локалізації розташовано 84 % пухлин. Найчастіше першими клінічними симптомом були судоми – у 61 пацієнта (38,9%), загально-мозкова симптоматика – у 54 пацієнтів (34,3%) та зниження гостроти зору у 15 пацієнтів (9,6%). Тільки у 10 пацієнтів захворювання проявилася м'язовою слабкістю. Інші симптоми траплялися значно рідше, наприклад зміна психіки була наявна тільки у трьох осіб. Пацієнти мали по декілька клінічних симптомів. Чим меншою була менингіома, тим у більшої частки траплялися судомні напади. І навпаки, загально-мозкова симптоматика частіше траплялася при менингіомах великих розмірів. М'язова слабкість виявлялася

тільки при локалізації пухлини у ділянці верхньо-бічної поверхні півкуль великого мозку або її рості із серпу великого мозку. У половині випадків погіршення зору, асоційовані із менингіомою горбка сідла, у 7 з 9 пацієнтів цієї групи захворювання дебютувало з порушення зору.

**Висновки.** 1. В досліджуваній нами групі пацієнтів судомні напади були найчастішим першим клінічним проявом захворювання.

2. Судоми частіше траплялися у пацієнтів з невеликими розмірами пухлини (менше 30 мм), і навпаки, при великих розмірах (більше 60 мм) найчастіше трапляється загально-мозкова симптоматика.

3. У більшої частини пацієнтів із менингіомою горбка сідла захворювання дебютувало із порушення зору.

### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Evans D.G. Neurofibromatosis type 2: genetic and clinical features / D.G. Evans // *Ear Nose Throat J.* — 1999. — № 78 (2). — P. 97—100.
2. Majchrzak K. Surgical treatment of the tentorial and falco-tentorial junction meningiomas / K. Majchrzak, M. Tymowski // *Minim Invasive Neurosurg.* — 2009. — № 52 (2). — P. 93—97.
3. Pieper D.R. Hyperostosis associated with meningioma of the cranial base: secondary changes or tumor invasion / D.R. Pieper, O. Al-Mefty, Y. Hanada, D. Buechner // *Neurosurgery.* — 1999. — № 44 (4). — P. 742—746.
4. Rosenberg L.A. Long-term experience with World Health Organization grade III (malignant) meningiomas at a single institution / L.A. Rosenberg, R.A. Prayson, J. Lee [et al.] // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2009. — № 74 (2). — P. 427—432.
5. Sughrue M.E. Treatment decision making based on the published natural history and growth rate of small meningiomas / M.E. Sughrue, M.J. Rutkowski, D. Aranda [et al.] // *J Neurosurg.* — 2010. — № 12 (4). — P. 42—46.
6. The spectrum of long-term epilepsy-associated tumors: Long-term Seizure and tumor outcome and neurosurgical aspects / C. Luyken, I. Blumcke, R. Fimmers [et al.] // *Epilepsia.* — 2003. — № 44 (6). — P. 822—830.

T.O. STUDENIAK

*Uzhhorod National University, Medical Faculty, Department of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, Uzhhorod*

#### NEUROLOGICAL SYMPTOMS DIVERSITY IN PATIENTS WITH BRAIN SUPRATENTORIAL MENINGIOMAS

Meningioma is the most common benign intracranial tumor. Seizures is the most frequent symptom in supratentorial meningiomas cases. Often meningioma is benign and clinically asymptomatic. However, in some patients the tumor provokes particular symptoms. In this study analyzed different clinical symptoms in 157 patients with supratentorial meningioma.

**Key words:** meningioma, epilepsy, symptoms, neurooncology, neurosurgery

**Стаття надійшла до редакції: 12.01.2017 р.**