

BOSH MIYA KISTASI

Abduvaliev Shahobiddin Islamovich Samarqand viloyat ko'p tarmoqli shifoxona neyroxirurgi

Samarqand viloyat ko'p tarmoqli shifoxonasi, Samarqand, O'zbekiston

Pardayeva Zilola Suvankulovna Patologik fiziologiya kafedrasida assistenti

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, Samarqand, O'zbekiston

ANNOTATSIYA

Bosh miya kistalari suyuqlik bilan to'lgan o'ziga xos pufak bo'lib, kalla suyagi ichidagi turli sohalarda joylashishi mumkin. Ko'pincha bunday bo'shliqlar yarimsharlar po'stlog'ini qoplovchi araxnoidal pardada hosil bo'ladi. Asosan homiladorlik davrida homila rivojlanishi bilan bog'liq tug'ma nuqsonlar, tug'ruq jarayoni va undan keyin orttirilgan bosh miya jarohatlari (bosh miyaning lat yeyishi, miya gematomalari, kalla suyagining botib sinishlari), shuningdek, parazitlar kasalliklari, ensefalit, meningit, miyadagi degenerativ-distrofik o'zgarishlar, bosh miyada qon aylanishining buzilishi holatlari kista paydo bo'lishida muhim o'rin tutadi. Ko'pincha u hajmini oshirmasdan yashirin, subklinik kechishga ega. U asosan kalla suyagi ichidagi gipertenziya va epileptik tutqanoq belgilari bilan namoyon bo'ladi. Kistaning joylashishiga qarab, o'choqli belgilar paydo bo'lishi mumkin. Miyaning MRT va KT tekshiruvlari, chaqaloqlarda esa neyrosonografiya yordamida tashxis qo'yiladi. Agar kista asta-sekin o'sib, asoratlarni rivojlansa, davolash jarrohlik yo'li bilan olib tashlash yoki kista aspiratsiyasini o'z ichiga oladi.

Kalit so'zlar: Bosh miya kistasi, araxnoidal parda, miyacha, aspiratsiya, shuntlash, bosh miya lat yeyishi.

ABSTRACT

Brain cysts are a kind of bubble filled with fluid, which can be located in various areas of the skull. Most often, such cavities are formed in the arachnoid membrane covering the cortex of the hemispheres. Congenital defects associated with fetal development, mainly during pregnancy, brain injuries acquired during childbirth and subsequently (contusions of the brain, brain hematomas, skull fractures), as well as parasitic diseases, encephalitis, meningitis, degenerative-dystrophic changes in the brain, and circulatory disorders in the brain play an important role in the formation of cysts. Often, it has a latent, subclinical course without increasing in size. It is mainly manifested by signs of intracranial hypertension and epileptic seizures. Depending on the location of the cyst, focal signs may appear. Diagnosis is made using MRI and CT scans of the brain, and in infants, neurosonography. If the cyst grows slowly and complications develop, treatment includes surgical removal or aspiration of the cyst.

Keywords: Brain cyst, arachnoid membrane, cerebellum, aspiration, shunting, brain abscess.

АННОТАЦИЯ

Кисты головного мозга представляют собой своего рода пузырьки, заполненные жидкостью, которые могут располагаться в различных областях черепа. Чаще всего такие полости образуются в паутинной оболочке, покрывающей кору полушарий. Важную роль в образовании кист играют врожденные дефекты, связанные с внутриутробным развитием плода, главным образом во время беременности, травмы головного мозга, полученные при родах и впоследствии (ушибы головного мозга, гематомы головного мозга, переломы черепа), а также паразитарные заболевания, энцефалит, менингит, дегенеративно-дистрофические изменения головного мозга и нарушения кровообращения в головном мозге. Часто киста имеет латентное, субклиническое течение, не

увеличиваясь в размерах. В основном она проявляется признаками внутречерепной гипертензии и эпилептическими припадками. В зависимости от локализации кисты могут появляться очаговые симптомы. Диагноз ставится с помощью МРТ и КТ головного мозга, а у младенцев — нейросонографии. Если киста растет медленно и развиваются осложнения, лечение включает хирургическое удаление или аспирацию кисты.

Ключевые слова: Киста головного мозга, паутинная оболочка, мозжечок, аспирация, шунтирование, абсцесс головного мозга.

Bosh miya kistasi - bu turli miya tuzilmalarida paydo bo'ladigan suyuqlik bilan to'lgan bo'shliq. Ushbu patologik shakllanishning yana bir nomi - miya kistasidir. Ko'pincha u hajmini oshirmasdan yashirin, subklinik kechishga ega. U asosan kalla suyagi ichidagi gipertenziya va epileptik tutqanoq belgilari bilan namoyon bo'ladi. Kistaning joylashishiga qarab, o'choqli belgilar paydo bo'lishi mumkin. Miyaning MRT va KT tekshiruvlari, chaqaloqlarda esa neyrosonografiya yordamida tashxis qo'yiladi. Agar kista asta-sekin o'sib, asoratlari rivojlansa, davolash jarrohlik yo'li bilan olib tashlash yoki kista aspiratsiyasini o'z ichiga oladi.

Suyuqlik mahalliy darajada to'planadi va kista bitta yoki ko'p sonli bo'lishi mumkin. Uzoq vaqt davomida, kattalar boshida kichik kista mavjud bo'lganda, patologiyani klinik belgilari kuzatilmaydi. Shuning uchun kistalar u diagnostik tekshiruv paytida tasodifan aniqlanadi. Bolalardagi o'sma haqida gap ketganda, kalla suyagi suyaklarining egiluvchanligini hisobga olgan holda, klinik belgilar ko'pincha uzoq vaqt davomida kuzatilmaligi mumkin. Tug'ma miya kistalari ko'pincha 30 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan davrda tashxislanadi. Tug'ma shakllanishlar orqa kranial chuqurchada, qorinchalar ichida yoki epifiz yoki temporal sohalarda uchraydi. [1,3,5]

Orttirilgan miya kistalari o'sma o'sishi natijasida rivojlanadi va miyacha, ensa, parietal yoki temporal sohalarda joylashgan yoki boshning frontal qismida joylashgan bo'ladi.

Bosh suyagining travmatik shikastlanishidan keyin hosil bo'ladigan postgemorragik miya kistalari ham uchrashi mumkin. Miyada kista rivojlanishi insultdan keyin, ishemik o'choq o'zgarishidan kelib chiqishi xos.

Yuqumli kistalar ham ba'zan parazitlar ishtirokida shakllanish sodir bo'lganda tashxislanadi. Masalan, miyadagi exinokokk kistasi parazit chiqindilaridan iborat suyuqlik bilan to'lgan bo'shliqdir.

Miya kistasi sabablari

Tug'ma miya kistasi rivojlanishiga turtki beruvchi omillar homiladorlik paytida homilaga salbiy ta'sirlar, jumladan, fetoplatsentar yetishmovchilik, gipoksiya, rezus mos kelmasligi, teratogen dorilar va infeksiyalarni o'z ichiga oladi.

Tug'ma kistalar spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, homiladorlik paytida giyohvand moddalarni suiiste'mol qilish va nikotinga qaramlik tufayli ham yuzaga keladi. Ular dekompensatsiyalangan surunkali kasalliklarda ham rivojlanadi.

Orttirilgan kistalar quyidagi hollarda rivojlanadi:

- chaqaloqlarda tug'ilish travmasi;
- bosh miya shikastlanishi;
- turli miya tuzilmalarining yallig'lanish kasalliklari (meningit, araxnoidit, bosh miya ho'ppozi, ensefalit);
- qon ketishi va insultni o'z ichiga olgan miya qon tomirlarida qon aylanishining buzilishi tufayli;
- miya jarrohligi paytidagi asoratlari;
- miyadagi degenerativ-distروفik jarayonlar.

Kista neyroinfeksiyalar, travma, gidrosefaliya, venoz oqimning buzilishi, qon tomir kasalliklari va bosh suyagi ichidagi yallig'lanish jarayonlari tufayli kattalashishi mumkin.

Kista faol o'sishni boshlagandan so'ng, belgilar orasidan bosh suyagi ichidagi bosimning

oshishi kuzatiladi. Bemorlarda ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lmagan ko'ngil aynishi, doimiy bosh og'rig'i va ko'z olmalariga bosimning oshishi kuzatiladi. Ularning umumiy ahvoli tezda yomonlashadi va ish faoliyati bilan bog'liq muammolar paydo bo'ladi.

Keyinchalik asosiy belgilar bosh aylanishi, harakat buzilishi, uyqusizlik, eshitish qobiliyatining pasayishi, boshda pulsatsiya hissi, oyoq-qo'llarda titroq va hushdan ketish bilan to'ldiriladi.

Ko'rish o'tkirligi pasayadi, gallyutsinatsiyalar paydo bo'ladi va odatda ko'rish buzilishlari paydo bo'ladi. Agar bosh suyagi ichidagi bosim oshsa, bemorlarda doimiy qusish kuzatiladi.

Kamroq uchraydigan holatlarda, miya kistasini aniqlashning birinchi belgisi epileptik tutqanoqlar bo'lib, ular tez-tez uchraydi. Parez, sezgi buzilishlari, yutish qiyinlashuvi, ko'z harakati buzilishlari va nutqning buzilishi bilan bog'liq o'choqli belgilar ham kamroq uchraydi. Bolalarda miya kistalarining belgilari odatda bosh suyagi ichidagi bosimning oshishi va epileptik tutqanoqlar bilan bog'liq. Ba'zi hollarda patologiya ruhiy kasalliklar va aqliy zaiflikni keltirib chiqaradi.

Miya kistasi turiga qarab belgilari

Tug'ma va orttirilgan araxnoidal kista. Miya pardalaridan hosil bo'ladi va likvor bilan to'ldiriladi. Bo'shliq toshib ketgan holatlar bundan mustasno, u sezilarli belgilarga olib kelmaydi. Bu turdagi miya kistasi hajmi tez o'sib borsa havflidir. Bolalarda u bosh suyagi deformatsiyasi, letargiya, ko'ngil aynishi, koordinatsiyaning, eshitish, ko'rish buzilishi va bosh og'rig'iga sabab bo'lishi mumkin. Ta'kidlash joizki, kistalarning klinik manzarasi his-tuyg'ular va sezgi a'zolari ishi bilan bog'liq bo'ladi. Masalan, kista miyachada yoki unga yaqin joylashgan bo'lsa muvozanat saqlash, yurish, qo'l-oyoq harakatlari va yozuvning buzilishi, yutunish qiyinlashuviga olib keladi. Peshona sohasidagi kistalar ruhiyat buzilishi, xotira sustlashishi, epileptik xurujlarga sabab bo'ladi. Tapa sohasidagi kistalar sezgi a'zolari ishini yomonlashtiradi, ensa sohasidagi kistalar esa ko'rish faoliyati buzilishiga olib kelishi mumkin.

Bosh miyaning retroserebellyar kistalari uning boshqa sohasidagi araxnoidal kistalardan farqli ravishda miyaning tashqi, uni o'rab turuvchi pardalarning ichki tomonida emas, balki miyacha ichki qismi ya'ni kulrang moddaning nobud bo'lishi tufayli yuzaga keladi. Bu hosila paydo bo'lishida insul't, intracranial jarrohlik operatsiyalari, bosh miyada qon aylanishining buzilishi, travma, yallig'lanish jarayonlari muhim rol o'ynashi zamonaviy tekshirish usullari vositasida tasdiqlangan. [1,2,7]

Bosh miya kistalarining alohida ko'rinishlari

Kolloid kista. Tarkibidagi suyuqlikning yuqori yopishqoqligi uchun shunday nomlangan. Asosiy belgi - bu kalla suyagi ichidagi bosimning oshishi, shuningdek, bosh holatining o'zgarishi bilan bog'liq xurujsimon bosh og'rig'i. Mushaklar kuchsizligi, xotira buzilishi va xulq-atvor buzilishlari ham kuzatiladi.

Epifiz kistasi. Kichik o'lchami (santimetr dan kam) va yashirin belgilari bilan farqlanadi. Agar kista o'ssa, kalla suyagi ichidagi bosim oshadi.

Bosh miyaning tomir chigali sohasida shakllangan kista. Tomirlararo bo'shliq orqa miya suyuqligi bilan to'ldiriladi. Belgilar kuzatilmaydi yoki tutqanoq va kalla suyagi ichidagi bosimning oshishi sifatida namoyon bo'ladi.

Dermoid kista. Bu homila rivojlanishi buzilganda yuz beradi, natijada miyaning markazida teri hosil bo'lishi uchun mo'ljallangan hujayralar to'planadi. Shuning uchun kista nafaqat suyuqlik bilan, balki soch follikulalari va yog' bezlari bilan ham to'lgan bo'ladi. Tug'ilgandan so'ng, kista tez o'sadi, shuning uchun uni iloji boricha tezroq olib tashlash kerak.

Bosh miya kistalari tasnifi

Bosh miya kistalari joylashuviga ko'ra araxnoidal va miya ichi(serebral) kistalarga ajratiladi. Barcha miya kistalari kelib chiqishiga ko'ra tug'ma yoki orttirilgan deb tasniflanadi. Miyaning dermoid va kolloid kistalari faqat tug'ma hisoblanadi. Etiologiyasiga ko'ra, orttirilgan kistalar travmadan keyingi, infeksiyadan keyingi, exinokokk va insultdan keyingi deb

tasniflanadi.

Miya ichidagi kista. O'lik miya to'qimasi joylashgan joyda hosil bo'ladi.

Araxnoidal kista. To'rsimon qobiqdan rivojlanadi, u odatda tug'ma bo'ladi. U 4% hollarda aniqlanib, 2-3% hollarda bolalarda uchraydi. U kattalarda kamroq tashxislanadi va miya kistasining bu turi ko'pincha ayollarni shikastlaydi.

Epifiz bezining kistoz transformatsiyasi. Bu epifiz bezining shikastlanishi bo'lib, kista epifiz bezini qamrab oladi. U 10% hollarda aniqlanib, 1 sm gacha bo'lgan o'lchamda simptomsiz davr qayd etiladi. Agar u katta o'lchamga yetsa, obstruktiv gidrosefaliyaga olib kelishi mumkin.

Kolloid kista. U 15-20% hollarda, odatda qorinchalar va tiniq to'siqda aniqlanadi. U yopishqoq suyuqlik bilan to'lgan bo'ladi.

Bosh miyaning tomir chigali kistalari turli yoshlarda, odatda tasodifan, klinik manzarasiz tashxislanadi. Kista homiladorlikning yigirmanchi haftasidayoq, standart ultratovush tekshiruv paytida ko'rinishi mumkin. Ushbu turdagi miya kistasi homiladorlikning 28-haftasiga kelib yo'qolishi mumkin.

Kasallikning asoratlari

Miya kistasi tez-tez takrorlanadigan epileptik tutqanoqlar, qon quyilishi, bosh miya bosilishi va o'sib boruvchi gidrosefaliya bilan asoratlanadi, bu esa doimiy bosh og'rig'i, yuqori kalla suyagi ichi bosimi, ko'rish qobiliyatining buzilishi, mushaklarning kuchsizlanishi, qusish va ongning pasayishi bilan namoyon bo'ladi.

Kista tomonidan miyaning haddan tashqari bosilishi rivojlanish kechikishiga, ruhiy kasalliklarga, eshitish va ko'rish qobiliyatining yo'qolishiga, harakatlanishning cheklanishiga va falajga olib keladi. Og'ir holatlarda o'lim bilan tugashi mumkin.

Kista nevrolog tomonidan nevrologik tekshiruv paytida xarakterli klinik belgilar asosida shubha qilinadi. Shifokor shuningdek, bemorni eshitish va ko'rishini baholash uchun otolaringolog va oftalmologga yuboradi. Agar epileptik tutqanoqlar mavjud bo'lsa, elektroensefalografiyaga ko'rsatma bo'ladi.

Bosh miya kistalari magnit-rezonans tomografiya yordamida gematomalar va xo'ppozlardan farqlanadi. Kompyuter tomografiyasi va kontrastli magnit-rezonans tomografiya kistalarni o'smalardan farqlashda samarali hisoblanadi. Kistoz bo'shliq odatda o'smalar kabi kontrast to'play olmaydi. [4,5,6]

Bolalar uchun ultratovush tekshiruv baxadonda tug'ma o'smalarni aniqlashi mumkin va tashxisni tasdiqlash uchun tug'ilgandan keyin neyrosonografiya o'tkaziladi.

Agar bosh miya kistasi insultdan keyin rivojlansa, qon tomirlar tekshiriladi, jumladan, qon tomir tomografiyasi va doppler ultratovush tekshiruv o'tkaziladi.

Bosh miya kistalarini davolash

Dori-darmon bilan davolash samarasiz. Bosh miya kistasini olib tashlash qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi. Masalan, agar kista kichik bo'lsa va bir necha yil davomida o'smagan bo'lsa, jarrohlik amaliyoti o'tkazilmaydi. Buning o'rniga kistani har olti oyda yoki yiliga bir marta MRT(magnit-rezonans tomografiya yordamida) kuzatib kutish usuli qo'llaniladi.

Gidrosefaliya belgilari bilan namoyon bo'ladigan, hajmi asta-sekin o'sib boradigan yoki yorilish, qon ketishi yoki miya bosilishi bilan asoratlanadigan kistalar uchun neyroxirurgik davolash tavsiya etiladi.

Og'ir ahvoldagi (koma yoki ongning chuqur yo'qolishi) bemorlar uchun kistalarni drenajlashni o'z ichiga olgan shoshilinch jarrohlik amaliyoti qo'llaniladi. Ushbu jarrohlik usuli kalla suyagi ichidagi bosimni va miya tuzilmalarining bosilishini yengillashtiradi. Qon quyilish holatlarida kistani kalla suyagi trepanatsiyasidan keyin olib tashlanadi. [1,3,]

Hozirgi kunda rejalashtirilgan operatsiyalar endoskopik usulda bajariladi, bu minimal travma va operatsiyadan keyingi tiklanishni tezlashtirishni ta'minlaydi.

Shu maqsadda kistadan suyuqlikni chiqarib tashlash uchun bosh suyagida teshik hosil qilinadi. Keyinchalik suyuqlik to'planishini oldini olish uchun kistoperitoneal shuntlashni amalga oshirish mumkin. Tegishli terapiya, fizioterapiya, massaj va refleksoterapiyani o'z ichiga olgan to'g'ri ishlab chiqilgan reabilitatsiya dasturi jarrohlik o'tkazilgan bemorni to'liq tiklanishiga va normal hayotga tezda qaytishiga yordam beradi. Terapiya qon aylanishini yaxshilaydigan preparatlar, so'riltiruvchilar va shishga qarshi dorilarni o'z ichiga oladi.

Oqibati: Ko'pgina hollarda, klinik jihatdan ahamiyatsiz, yashirin miya kistasi progressiv bo'lib qolmaydi va umrbod muammolarga olib kelmaydi. Klinik jihatdan ahamiyatli kistalarni o'z vaqtida va yetarli darajada jarrohlik yo'li bilan davolash nisbatan ijobiy natijaga olib keladi. Ularda likvor-gipertenzion sindromi qolishi mumkin. Agar o'choqli nevrologik defitsitlar rivojlansa, ular davolanishdan keyin ham davom etadigan, doimiy va qoldiq belgi sifatida qolishi mumkin. Epileptik tutqanoqlar ko'pincha kista olib tashlanganidan keyin yo'qoladi, lekin miyaning davolangan sohasida bitishma hosil bo'lishi va boshqa o'zgarishlar tufayli tez-tez takrorlanadi. Bu bemorlarda rivojlangan ikkilamchi epilepsiya antikonvulsant terapiyaga chidamliligi bilan ajralib turadi.

Oldini olish: Orttirilgan miya kistalari ko'pincha yuqumli, qon tomir, yallig'lanish va travmadan keyingi intrakranial jarayonlarning yechimlaridan biri bo'lganligi sababli, oldini olish ushbu holatlarni neyroprotektiv va rezorbtiv terapiya yordamida o'z vaqtida va to'g'ri davolashni o'z ichiga oladi. Tug'ma kistalar uchun profilaktika homilador ayol va homilani turli zararli omillardan himoya qilish va homiladorlik va tug'ruqni to'g'ri boshqarishni o'z ichiga oladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. <https://malumot.ru/bosh-miya-kistalari/>
2. Livshitsa.V.Surgery of the spinal cord.-1990 -Moscow:"Medicine", 350S.
3. Regan J editors. Endoscopic Spine Surgery and Instrumentation. New York: Thieme Medical Publisher; 2004. p. 48-55. (in Uzb)
4. Rigamonti A, Gemma M, Rocca A, Messina M, Bignami E, Beretta L. Prone versus knee-chest position for microdiscectomy: a prospective randomized study of intra-abdominal pressure and intraoperative bleeding. Spine 2005; 30(17):1918-1923. (in Uzb)
5. Rosner MK, Campbell VA. Treatment of disc disease of the lumbar spine. Winn HR Youmans Neurological Surgery. 6th ed WB Saunders Philadelphia 2011. – p. 2919-2922. (in Uzb)
6. Shodiyev A.Sh., Abduvaliyev Sh.I.,III.II. Pardayeva Z.S., Ravshanov D.M., Features of the clinical course and treatment of non-traumatic intracerebral hemorrhages in children. 134, 2018, No. 2 (100) Problems of Biology and Medicine. (in Uzb)
7. Vereshchagin.V.,BraginaL.K.,Blagoveshchenskyan.S.idr.:Handbook of Neurology. Edited by E.V.Schmidt, N.V.Vereshchagin-3rd edition, Moscow:Medicine. (in Uzb)