

Опухоли головного мозга



Гистологическая классификация

1) Нейроэпителиальные

- Астроцитарные: (астроцитомы, глиобластома)
- Олигодендриальные: (олигодендроглиомы)
- Смешанные глиомы: (смешанно-олигоастроцитомы)
- Эпендимальные: (эпендимома, субэпендимома)
- Эмбриональные: (нейробластома, эпендимобластома, ретинобластома)

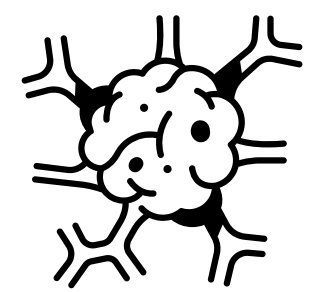


2) Опухоли черепных и спинальных нервов

невринома, шваннома, нейрофиброма

3) Опухоли мозговых оболочек

менингиома, меланома, саркоматоз оболочек



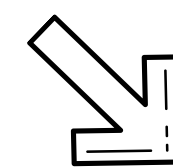
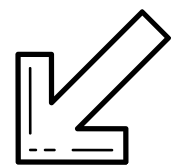
4) Опухоли гипофиза

аденома гипофиза, карцинома гипофиза

5) Метастатические опухоли (вторичные)

в мозг может метастазировать рак легких, меланома, рак молочной железы и тд

По локализации относительно мозжечкового
намета опухоли разделяют на:



Супратенториальные

Полушарные опухоли
Опухоли шишковидной
железы и III желудочка
Опухоли гипофиза, таламуса и
базальных ганглиев
Краниофарингиомы (опухоль
остатков гипофизарного хода)

Субтенториальные

Опухоли мозжечка
Ствола мозга
и IV желудочка



Клиническая картина

Общемозговые симптомы, вследствие повышения ВЧД:

Пголовная боль (диффузная, "распирающая", начинается с утра, но по мере прогрессирования заболевания становится постоянной)

Птошнота, рвота,

Псудороги (обычно фокальные, с вторичной генерализацией)

Психические расстройства (отрешенность, расторможенность)

Пголовокружение.

Очаговые симптомы, которые зависят от локализации опухоли.

Субтенториальные опухоли

Опухоли мозжечка

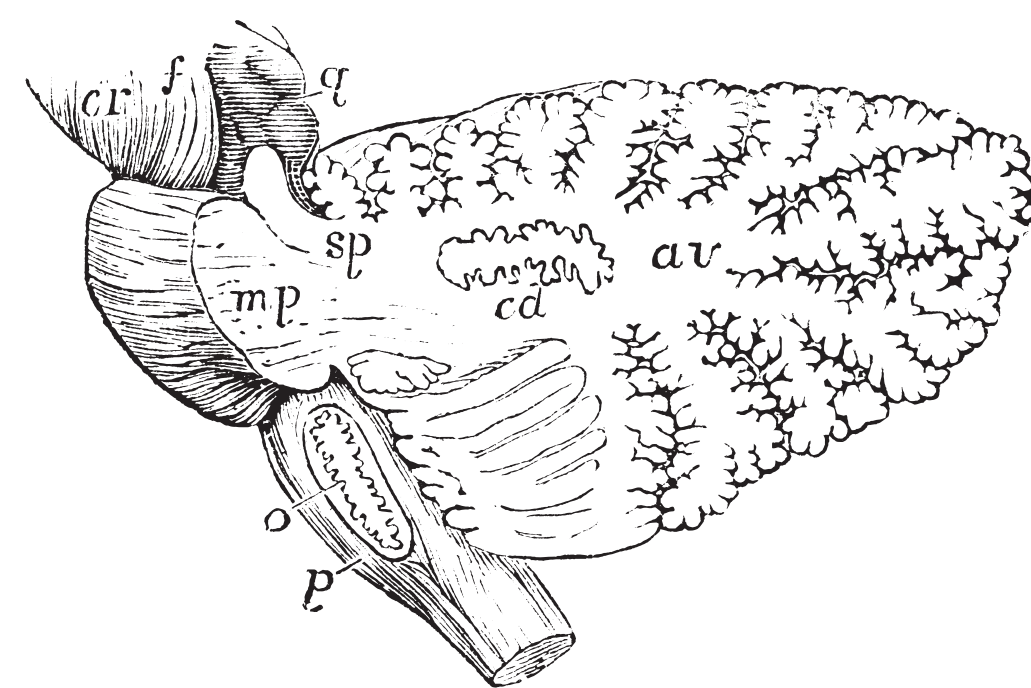
Клин. картина зависит от гистологич.

структуры опухоли.

Астроцитомы и ангиоретикулемы имеют доброкачественное течение, симптомы нарастают медленно.

Медуллобластомы и саркомы-

злокачественное, симптомы нарастают быстро за месяцы.



При поражении **полушарий** преобладает атаксия и мышечная атония в конечностях на стороне поражения. Скандированная речь. Чаще горизонтальный нистагм. Давление опухоли на мост может вызывать симптомы поражения 5,6,7,8 ч.н.

При поражении **червя** наблюдается статическая атаксия, асинергия, нистагм, равномерное снижение мышеч. тонуса в руках и ногах с двух сторон. При вовлечении в патологический процесс нижних отделов червя- больной отклоняется назад, верхних отделов- вперед.

Клиническая картина

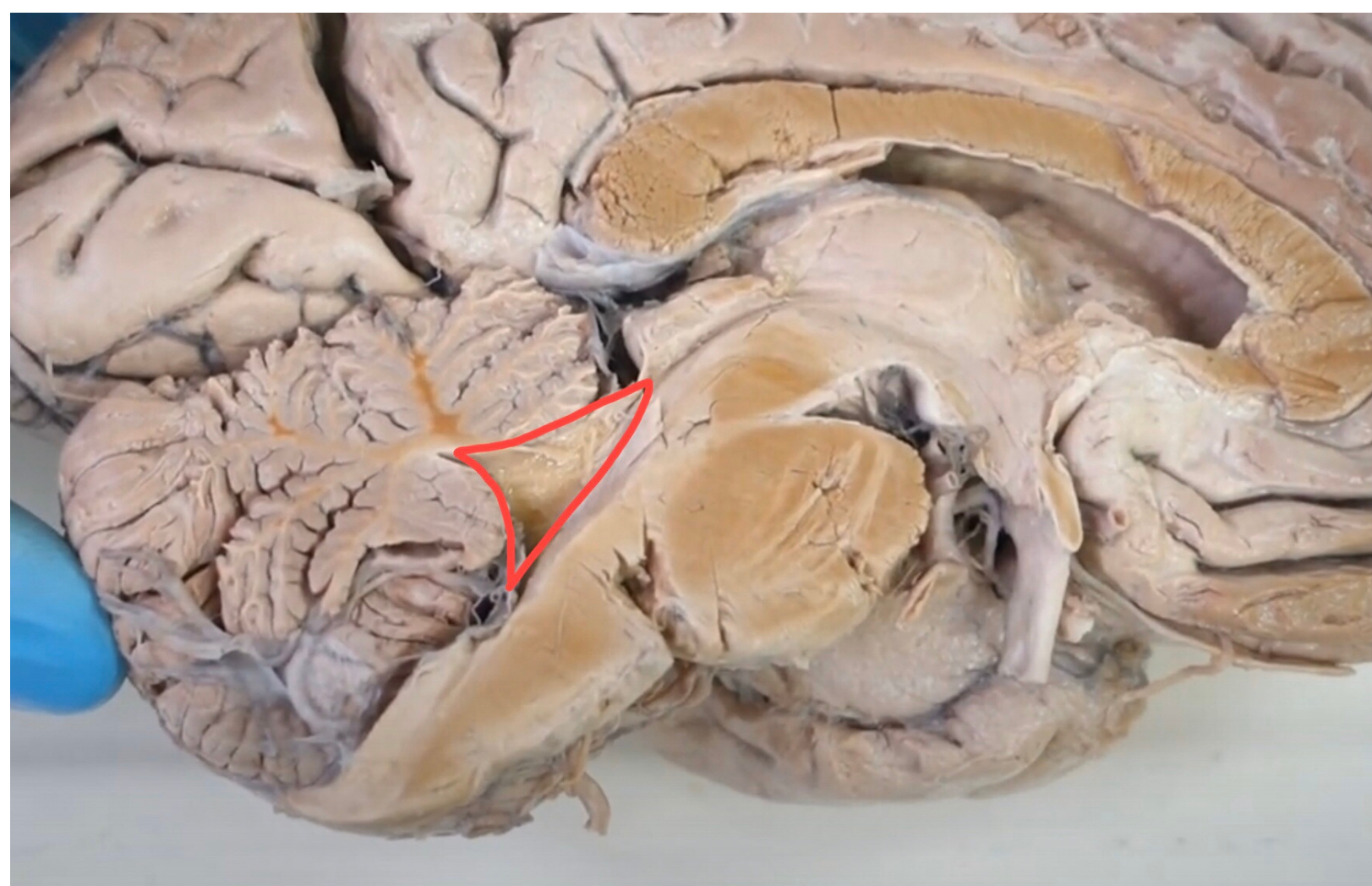
Опухоли ствола мозга

При поражении **среднего мозга** первичный рост опухоли может располагаться в **четверохолмии** - вначале появляется нарушение зрения, затем нарушение слуха. Для опухолей **ножек** мозга характерны альтернирующие синдромы (Вебера, Бенедикта, Клода)

Опухоли **моста** вызывают парез взора в сторону очага, альтернирующий синдром Мийяра-Гублера, Фовилля, атаксию, вегетативные расстройства.

Опухоли **продолговатого мозга** вызывают нарушение дыхания и сердеч.-сосудист. деятельности, бульбарный и псевдобульбарный параличи, альтернирующий синдром Джексона, Шмидта.

Опухоли в области **IV желудочка** характеризуется окклюзией ликворопроводящих путей. Синдромом Брунса - внезапная интенсивная головная боль, нарушение дыхания и сердечной деятельности, рвота, расстройство сознания. Отмечен **красным**.

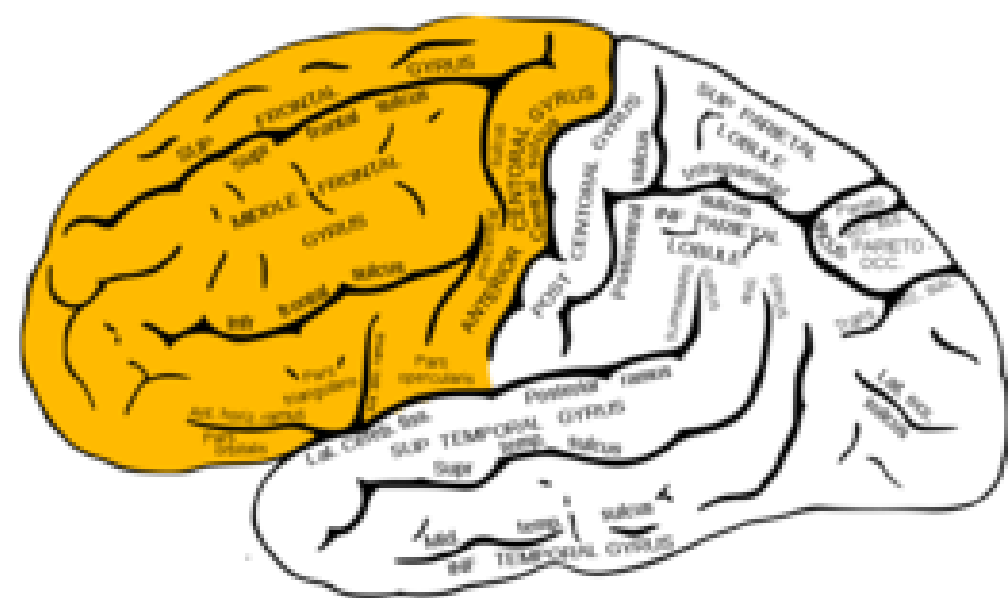


Клиническая картина

Супратенториальные опухоли Полушарные опухоли

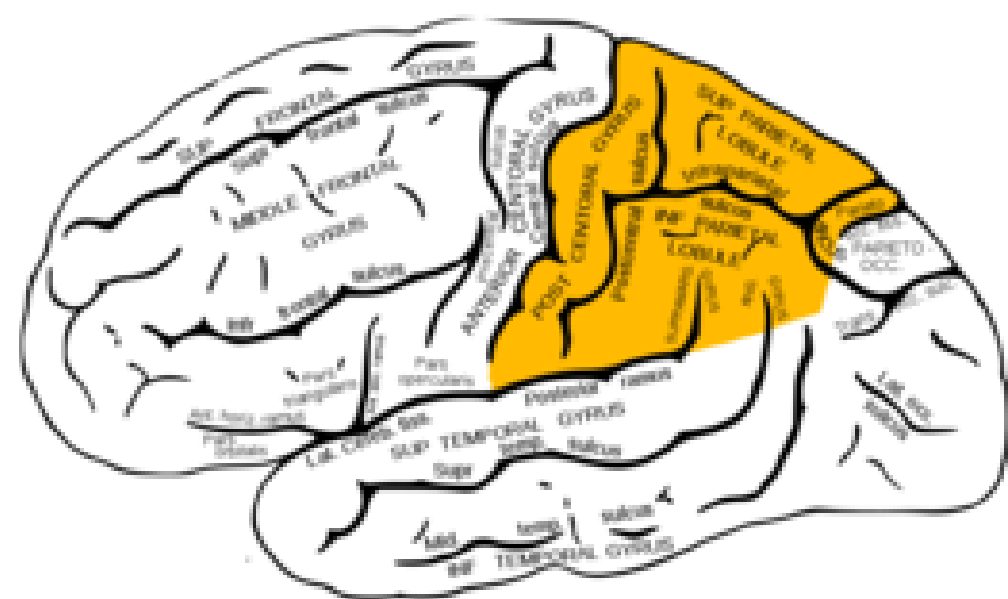
Для опухолей **лобных долей** характерна "лобная" психика-эйфоричность, дурашливость, безынициативность. Эпилептические приступы. Атаксия; моторная афазия (если поражено доминантное полушарие); астазия-абазия (нарушение стояния и ходьбы), централ. парез мимических мышц. Если опухоль в медиобазальных отделах-расстройства обоняния и зрения, вегетативно-висцеральные нарушения. При поражении **передней центральной**

извилины - джексоновские судорожные припадки. Моторная афазия, моно- и гемипарезы (на противоположной стороне тела).



Опухоли **задней центральной** извилины характеризуются сенсорными джексоновскими припадками, моно- и гемианестезией

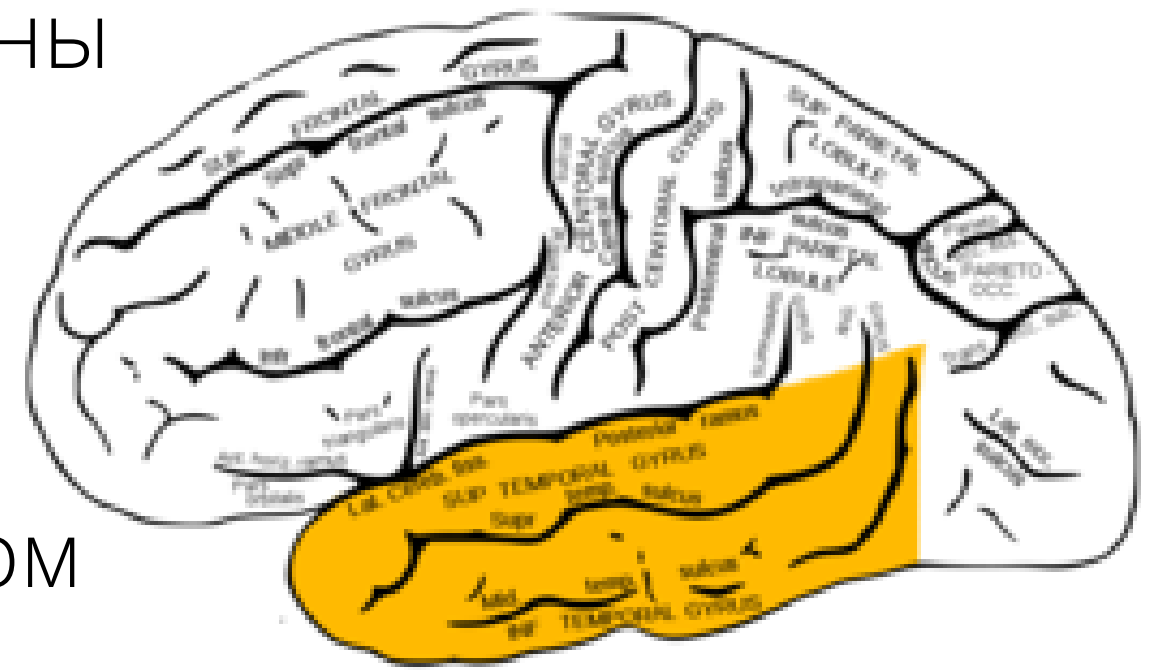
При опухолях **теменной доли** преимущественно страдает пространственное, кинестетическое, суставно-мышечное чувство, астереогноз. В доминантном полушарии: алексия, апраксия, афазия.



Поражение правой верхней теменной доли сопровождается аутопагнозией, псевдополиимелией, псевдоамелией, анозогнозией.

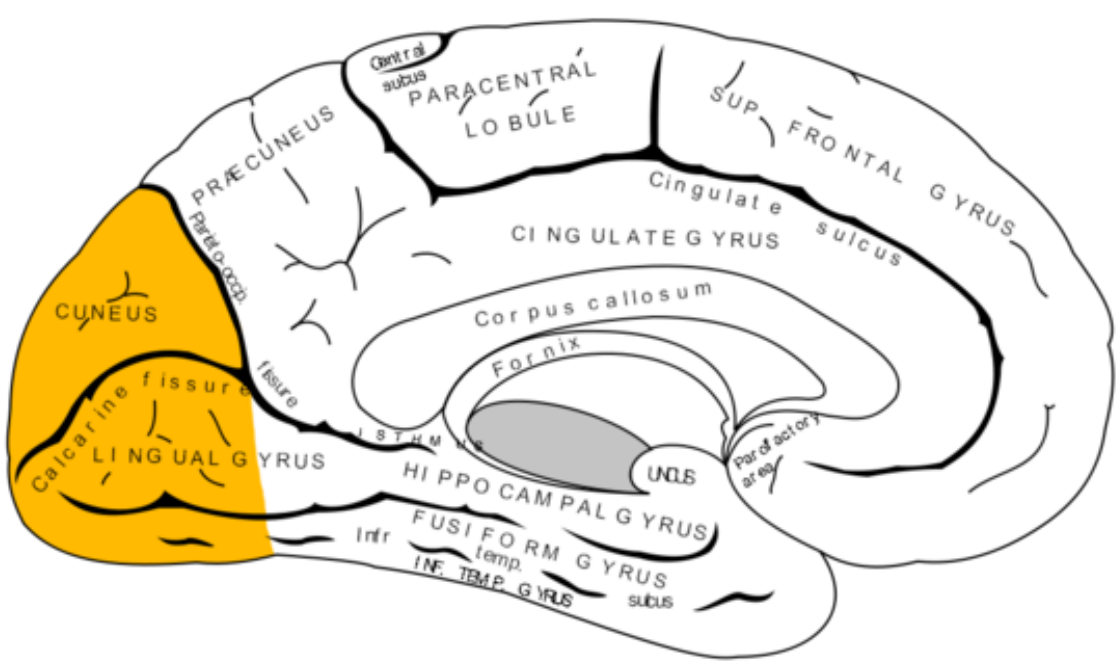
Клиническая картина

При поражении **височной доли** характерны эпилептиформные припадки, которым может предшествовать обонятельная, вкусовая аура. Характерны слуховые, зрительные галлюцинации; квадрантная, половинная гомонимная гемианопсия на стороне, противоположной очагу. В доминантном полушарии- сенсорная, амнестическая афазия; при распространении на угловую извилину- апраксия и аграфия



Опухоли **затылочной доли**

характеризуются нарушениями зрения в форме квадратной или половинной гемианопсии, зрительной агнозии (предметной, пространственной), метаморфопсий, микропсий, макропсий, зрительных галлюцинаций.



Опухоль III желудочка

Манифестирует резкой головной болью, рвотой, обмороками. При сдавлении ядер гипоталамуса- вегетативные расстройства, в виде нарушение терморегуляции, сна, нарушение всех видов обмена, несахарный диабет.

Диагностика

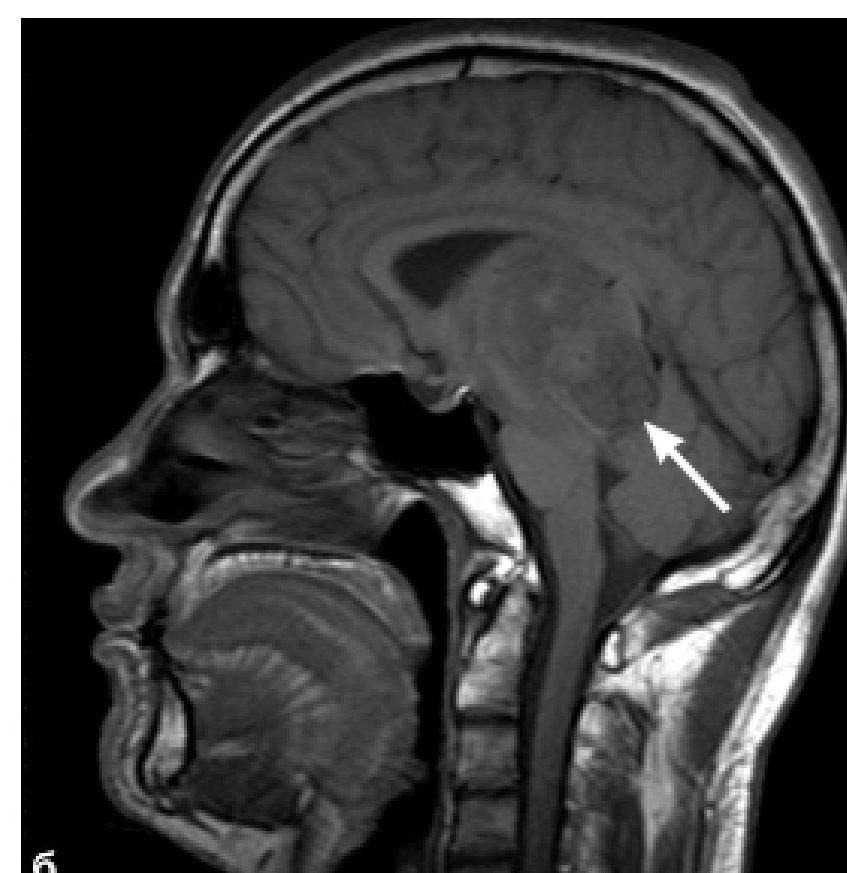
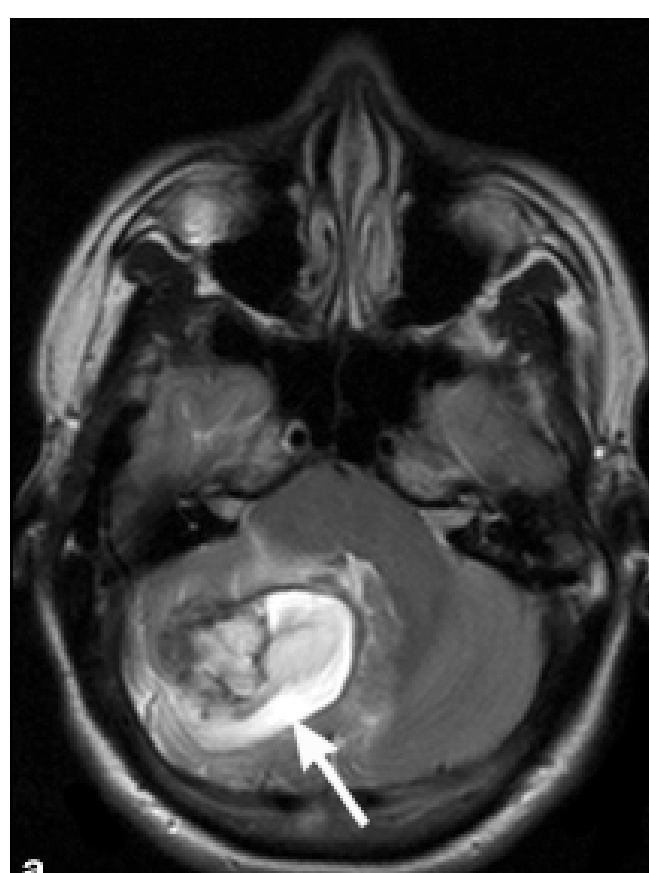
1) КТ с контрастированием.

Диагностируется большинство опухолей, перифокальный отек, смещение срединных структур, сдавление желудочков и обструктивная гидроцефалия. Не информативна в отношении небольших опухолей задней черепной ямки, диффузной опухолевой инфильтрации.



2) МРТ с контрастированием.

Более чувствительный метод



3) ЭЭГ

Выявляет очаговую, медленную активность при полушарных опухолях.

4) Цитологическое исследование ЦСЖ

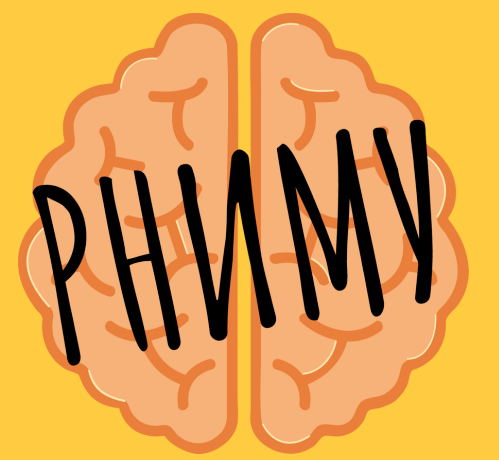
Для подтверждения диагноза диффузной опухолевой инфильтрации мозговых оболочек.

5) Ангиография

Для выявления патологически развитой сосудистой сети



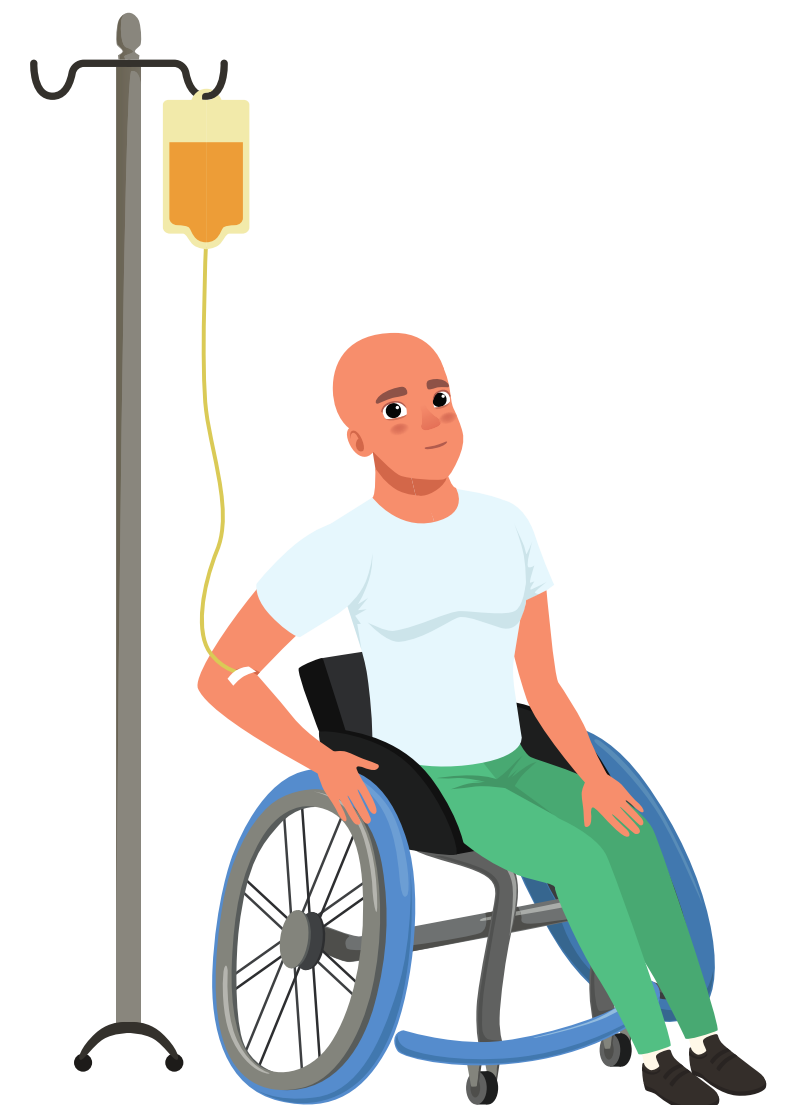
На 3 рис- церебральная ангиография. Собственная сосудистая сеть менингиомы головного мозга (стрелка)



Лечение

Лечение- **хирургическое**. Ряд менингиом, астроцитом, невриноом можно удалить тотально; Нейроэктодермальные опухоли в связи с внутримозговым ростом удаляют частично. Паллиативный метод лечения- **лучевая терапия**, показана после нерадикального удаления быстро растущих злокачественных нейроэктодермальных опухолей. У детей возможна с 3 лет.

Полихимиотерапия (ПТХ) у детей раннего возраста применяют с целью отсрочить лучевую терапию. В случаях высокого риска метастазирования по ликворным путям, вводят химиопрепараты непосредственно в ЦСЖ. (после окончания цикловой химиотерапии проводят лучевую терапию)



Комплексное лечение включает в себя **медикаментозную терапию**. Большие дозы кортикостероидов уменьшают перифокальный отек (снижается ВЧД и частично снижаются очаговые симптомы) Применяют пред- и послеоперационный период

