

Министерство Здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

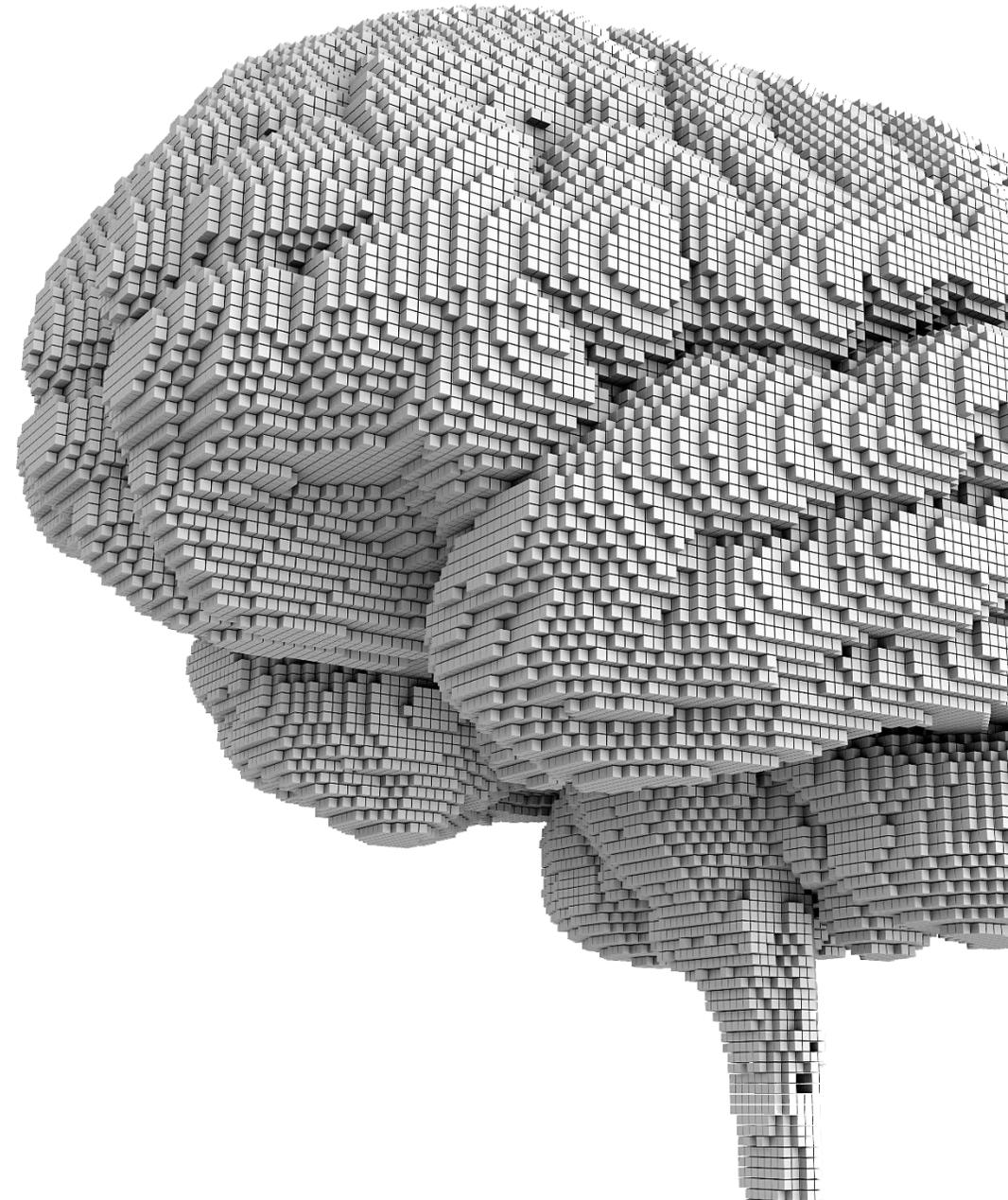
СНК кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации и психиатрии

Опухоли нервной системы

Докладчик: Волчек Владислав Станиславович

5 курс, лечебный факультет

Гомель, 2019 год





*Student scientific society of
Gomel State Medical University*

Классификация опухолей ЦНС

Разработано несколько принципов классификации опухолей ЦНС, но наибольшее значение имеют два из них — локалистический и гистогенетический.



Локалистический принцип

Подчеркивает важность определения местоположения опухоли, так как это позволяет решить вопрос об ее **хирургической доступности**.

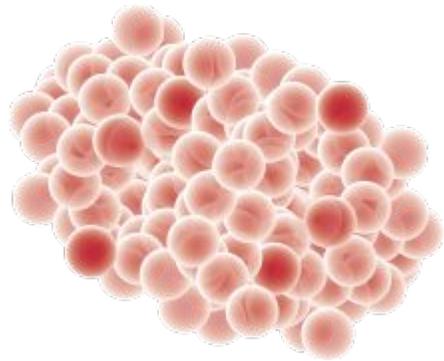
Гистогенетический принцип

Характеризует природу опухоли, что имеет важное **прогностическое значение**.

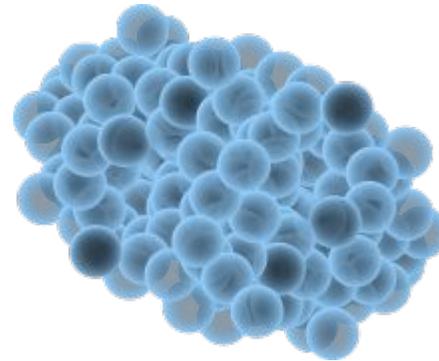
В основу гистогенетической классификации положены **два критерия** — **гистологическая природа** и **степень зрелости опухолевых клеток**.

По характеру течения и по прогнозу

Доброкачественные



Злокачественные



По локализации

Внутри мозговые.

Внутрижелудочковые.

Внемозговые.

Промежуточная группа.

Самостоятельная группа.



Внутричерепные опухоли

Астроцитарные.

Олигодендроглиальные.

Смешанные глиомы.

Эпендимальные.

Опухоли сосудистого сплетения.

Нейрональные, нейрональноглиальные.

Эмбриональные.

Опухоли шишковидной железы.



Внутрижелудочковые опухоли

Первичные:

эпендимомы;

хориоидпапилломы;

менингиомы;

коллоидные кисты;

краниофарингиомы.

Вторичные:

опухоли, врастающие в полость желудочков.



Внемозговые опухоли

Невриномы.

Менингиомы (рис. 1.1).

Опухоли гипофиза (аденомы, краниофарингиомы).

Опухоли костей черепа (остеомы, гемангиомы, эпидермоиды, дермоиды, хордомы).

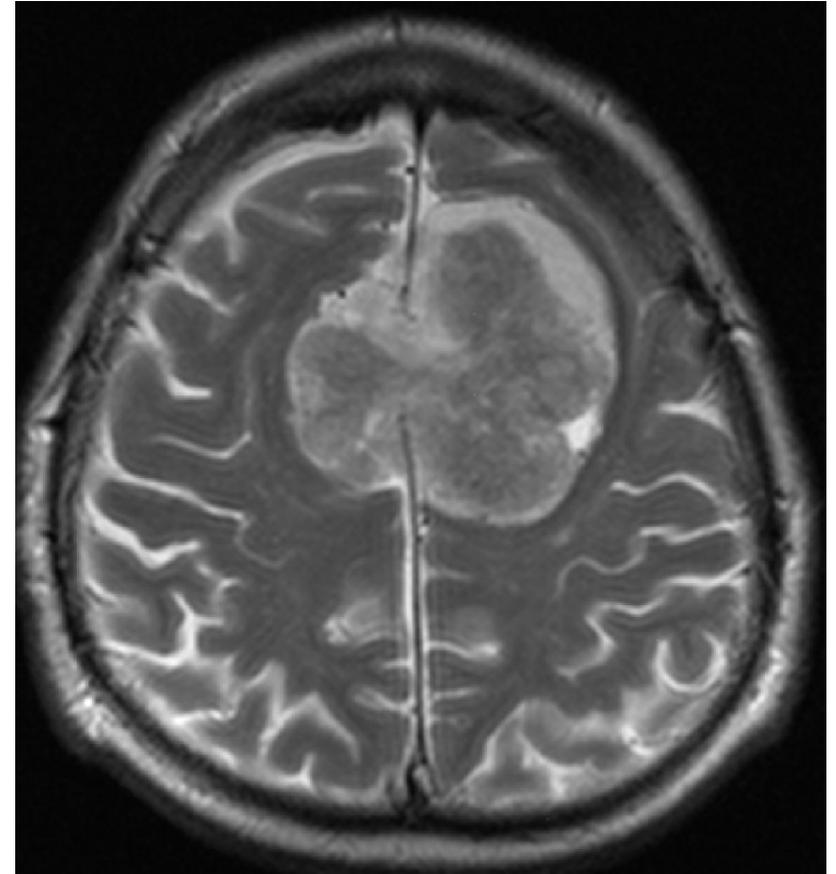


Рисунок 1.1. Менингиома лобно-теменной области. МРТ.

Промежуточная группа опухолей

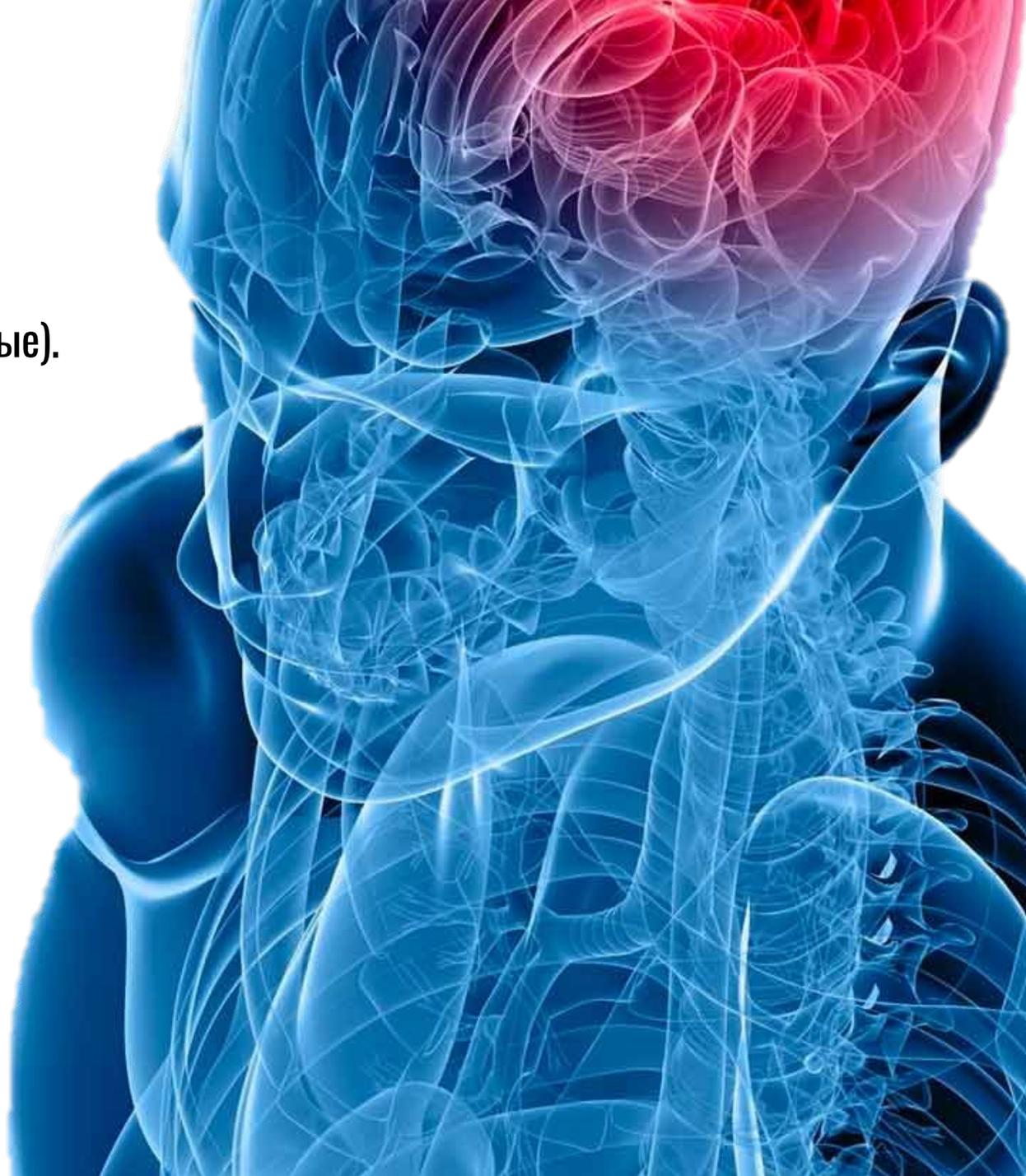
Дизэмбриогенетические (эмбриональные, герминативные).

Краниофарингиомы.

Холестеатомы.

Дермоидные кисты.

Тератомы.



Самостоятельная группа опухолей

Метастатические. (Вопрос)

Неясного генеза.

Кровотворной ткани.

Врастающие в полость черепа.

Кисты (рис. 1.2).

Сосудистые опухолевидные поражения.

Реактивные и воспалительные процессы, имитирующие опухоль.

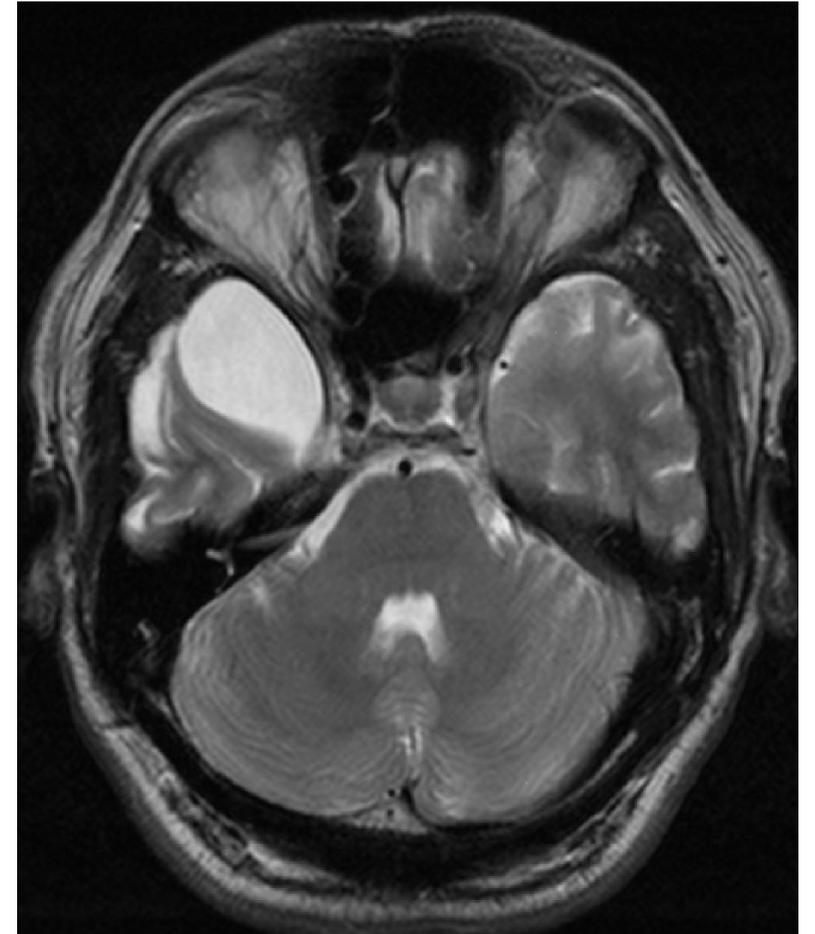


Рисунок 1.2. Арахноидальная киста правой височной области. МРТ.

Клиническая картина

Клиническая картина опухоли головного мозга складывается из трех групп симптомов:

общемозговых;

очаговых;

дислокационных.



Общемозговые симптомы при опухолях головного мозга

Головная боль.

Рвота.

Головокружение.

Застойные диски зрительных нервов.

Эпилептические припадки.

Психические расстройства.



Самый частый общемозговой симптом — головная боль

Механизм ее возникновения связан с раздражением рецепторов мозговых оболочек, растяжением стенок желудочков и сдавливанием крупных мозговых сосудов. Боль глубинная, она разрывает, распирает голову. Вначале боль часто возникает приступами. В дальнейшем головная боль носит постоянный характер, интенсивность ее продолжает прогрессировать.

Характерно усиление боли по ночам или под утро, а также при физическом напряжении, кашле, дефекации, изменении привычного положения головы. Помимо разлитой головной боли, возникающей в результате внутричерепной гипертензии и появляющейся чаще всего на поздних стадиях заболевания, различают и локальную головную боль. В ее основе лежит раздражение твердой мозговой оболочки, иннервируемой чувствительными черепными нервами, внутримозговых и оболочечных сосудов, стенок крупных вен мозга.

Местная боль носит сверлящий, пульсирующий характер. Для выявления головной боли используют перкуссию и пальпацию черепа, изменение положения головы и пробы, повышающие ВЧД: натуживание, кашель, сдавление шейных вен, — при этих манипуляциях головная боль усиливается.



Нередко при опухоли головного мозга наблюдается **рвота**

Часто она появляется на высоте приступа головной боли. В большинстве случаев рвота обусловлена раздражением рвотного центра, расположенного на дне четвертого желудочка, вследствие растяжения четвертого желудочка на фоне внутричерепной гипертензии.

При опухолях четвертого желудочка, продолговатого мозга или червя мозжечка (реже — полушария мозжечка) рвота является очаговым и ранним симптомом.



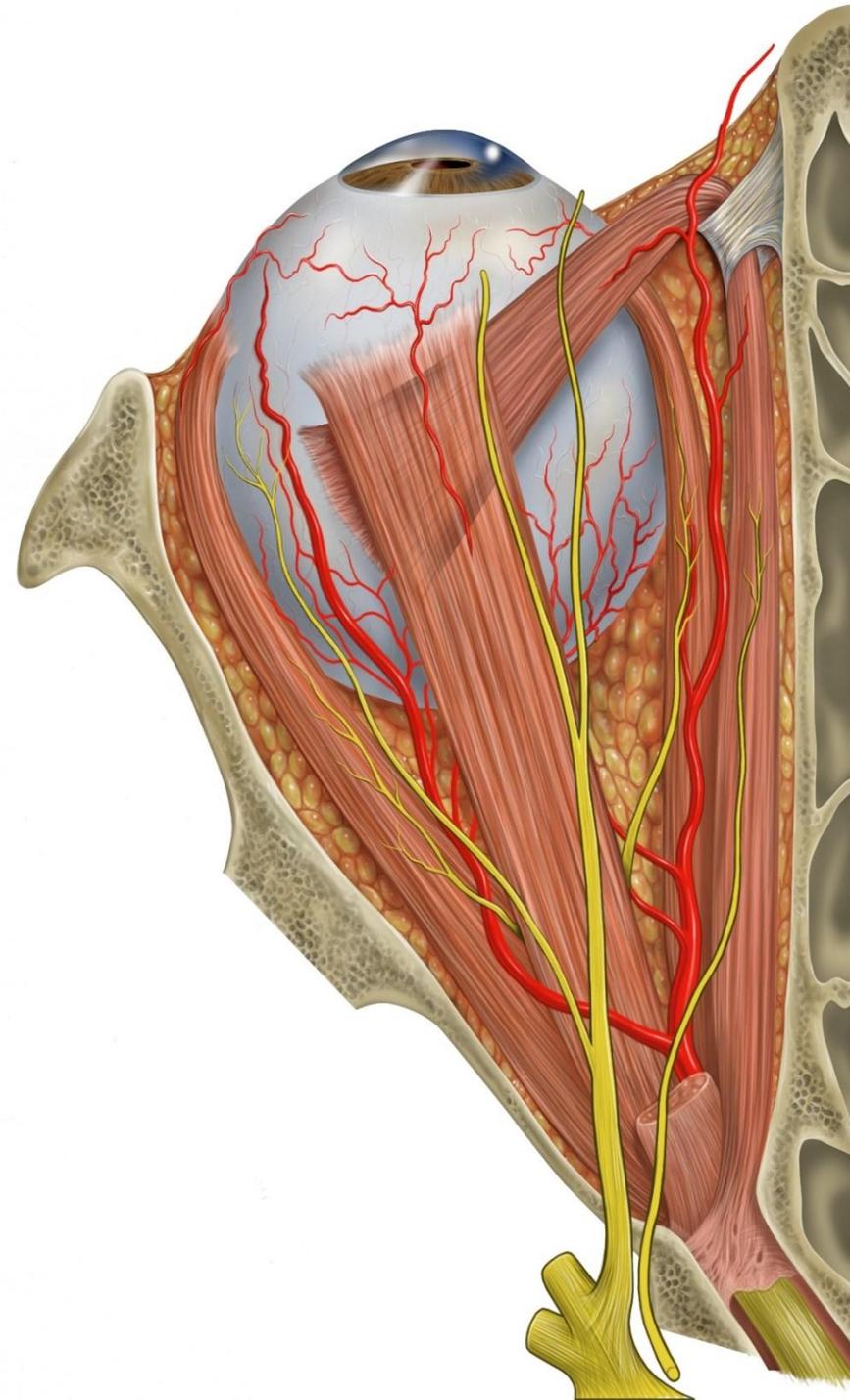
Головокружение

Головокружение может быть как общемозговым симптомом, возникающим в результате застойных явлений в лабиринте, так и очаговым, возникающим вследствие вовлечения вестибулярных стволовых центров, височной или лобной доли больших полушарий.



Застойные диски зрительных нервов

Застойные диски зрительных нервов являются результатом повышения ВЧД и сдавления центральной вены сетчатки. Прогрессирующей застой приводит к атрофии дисков зрительных нервов. Больной ощущает преходящее затуманивание зрения и прогрессирующее снижение его остроты. Для опухоли лобной доли характерен **синдром Фостера Кеннеди: первичная атрофия зрительного нерва на стороне опухоли и застойный диск зрительного нерва на контралатеральной стороне.**



Эпилептические припадки

В основе их лежит раздражение мозговых структур опухолью, и, по существу, локальным проявлением считают не только парциальные эпилептические припадки, но и общие, которые чаще возникают при локализации опухоли в больших полушариях, особенно в височной доле.



Психические расстройства

Психические расстройства также служат общемозговым проявлением и в основном обусловлены повышением ВЧД, вызывающим нарушения сознания различной степени и такие признаки, как аспонтанность, эмоциональные нарушения, расстройства памяти и другие.



Очаговые симптомы поражения головного мозга

В зависимости от локализации опухоли выделяют симптомы поражения:

лобной доли;

прецентральной извилины;

постцентральной извилины;

височной доли;

теменной доли;

затылочной доли;

мозолистого тела;

третьего желудочка

гипофиза и гипоталамической области;

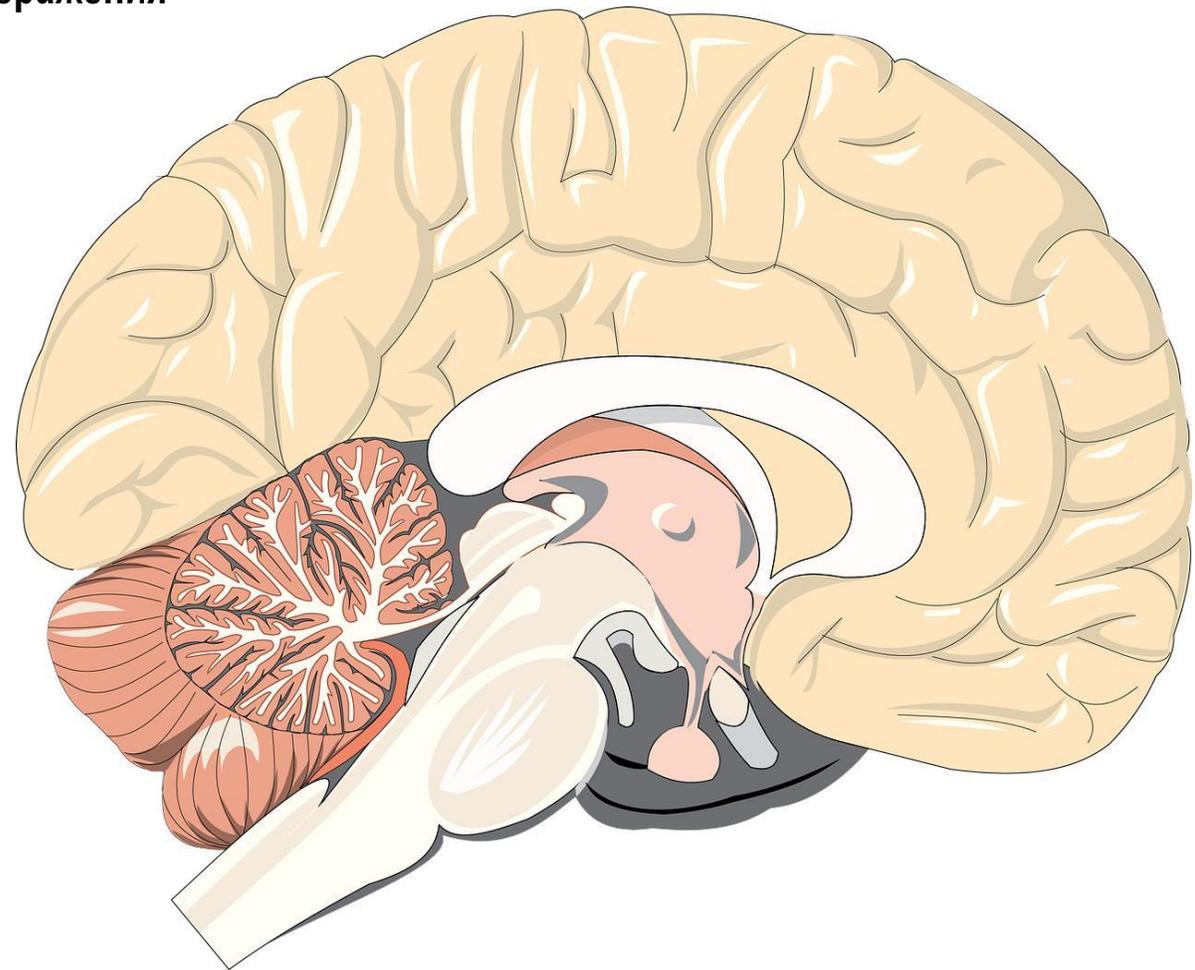
базальных ядер;

мозжечка;

мостомозжечкового угла;

ствола мозга;

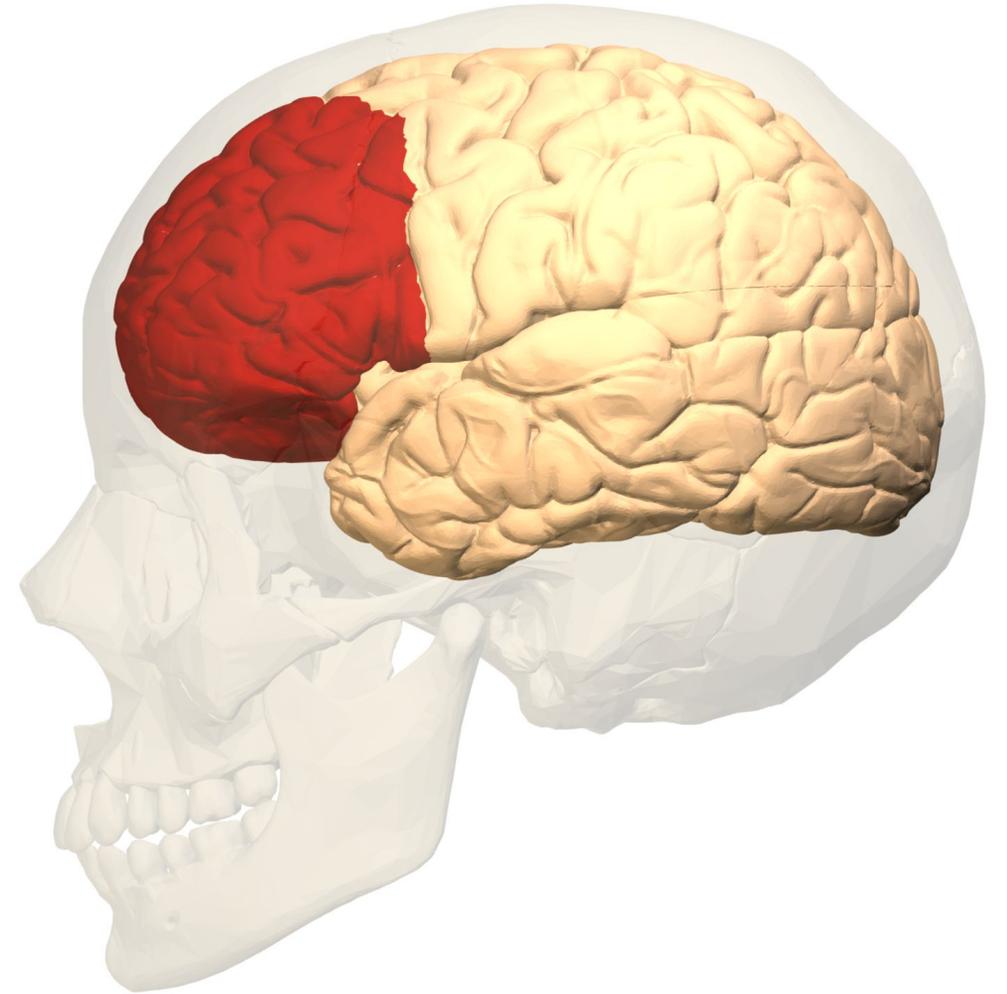
четвертого желудочка.



Опухоли лобной доли

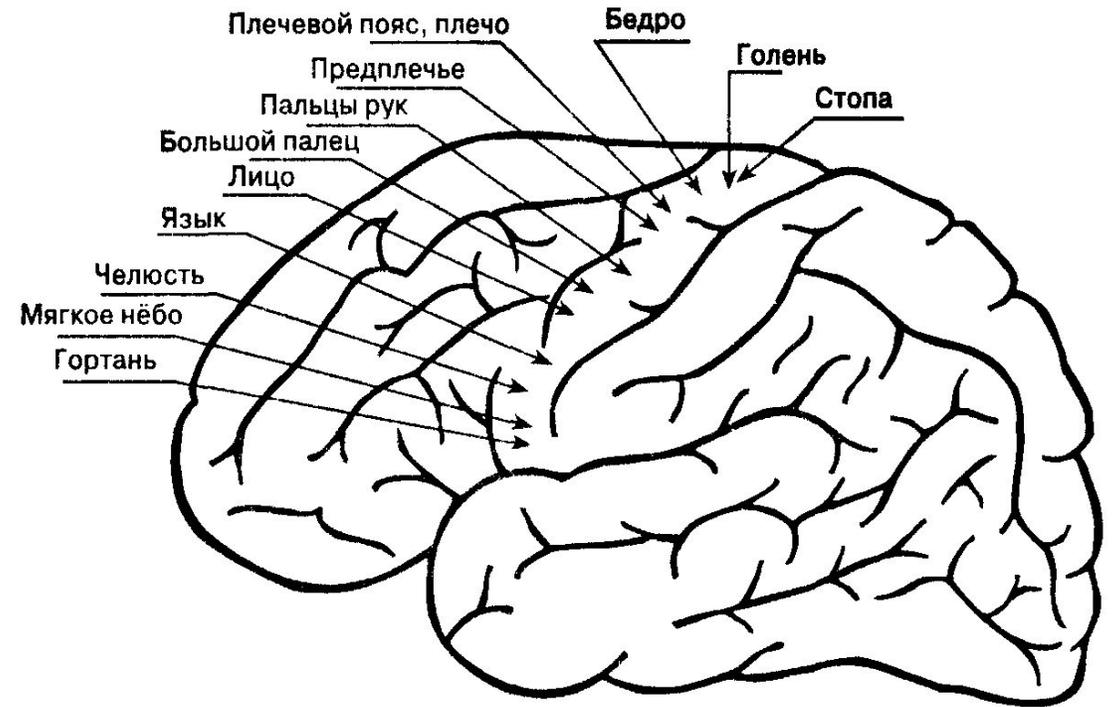
Чаще встречаются глиомы и менингиомы, располагающиеся парасагиттально или в ольфакторной ямке. Ранними симптомами бывают односторонняя головная боль, эпилептические припадки, психические расстройства в виде нарушения ориентировки в окружающей обстановке, немотивированных поступков, неадекватной шутливости, эйфоричности, дурашливости, адинамии, апатико-абулического синдрома. Ранним проявлением болезни может быть центральный парез лицевой мускулатуры, хватательный рефлекс на противоположной опухоли стороне.

Для более поздней стадии характерен синдром Фостера Кеннеди — сочетание первичной атрофии зрительного нерва на стороне опухоли с застойными явлениями на другом глазу. Для опухолей ольфакторной ямки типично расстройство обоняния. В развитой стадии болезни нередко наблюдается гемипарез, иногда с элементами экстрапирамидной ригидности (вследствие давления опухоли на головку хвостатого тела). Для поражения лобной доли характерна афазия.



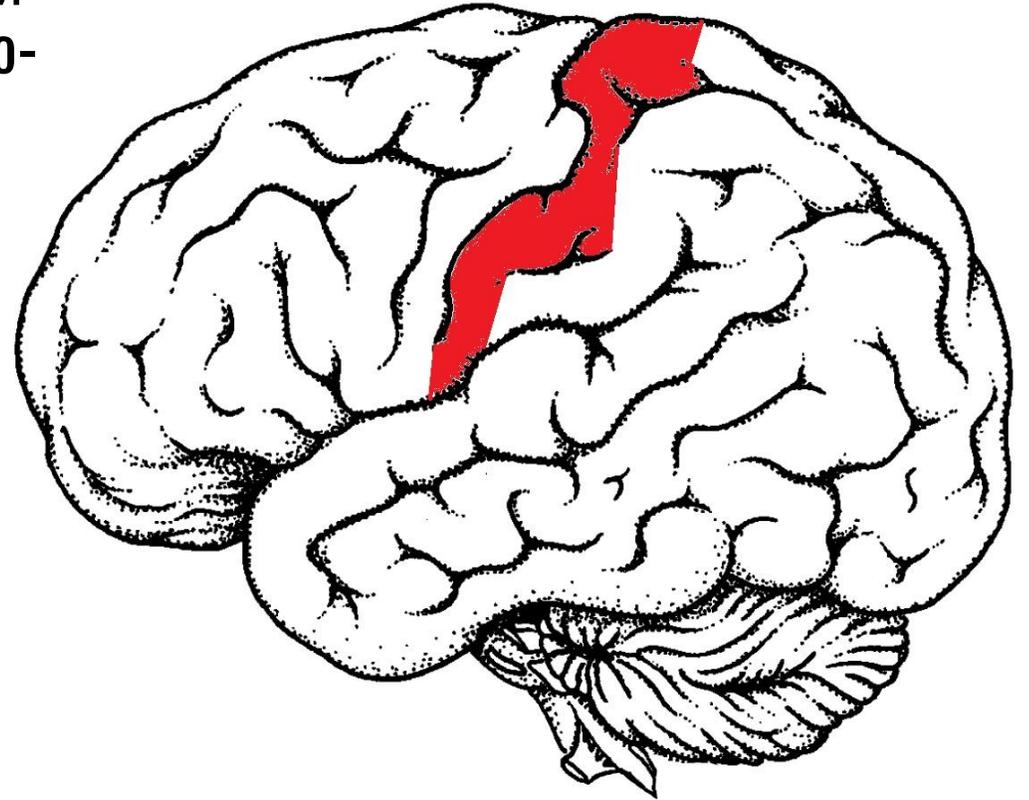
Опухоли прецентральной извилины

Проявляются джексоновскими двигательными и оперкулярными припадками (жевательными и глотательными движениями, облизываниями), нарушением функции лицевого и подъязычного нервов, спастическими моно- и гемипарезами, моторной афазией.



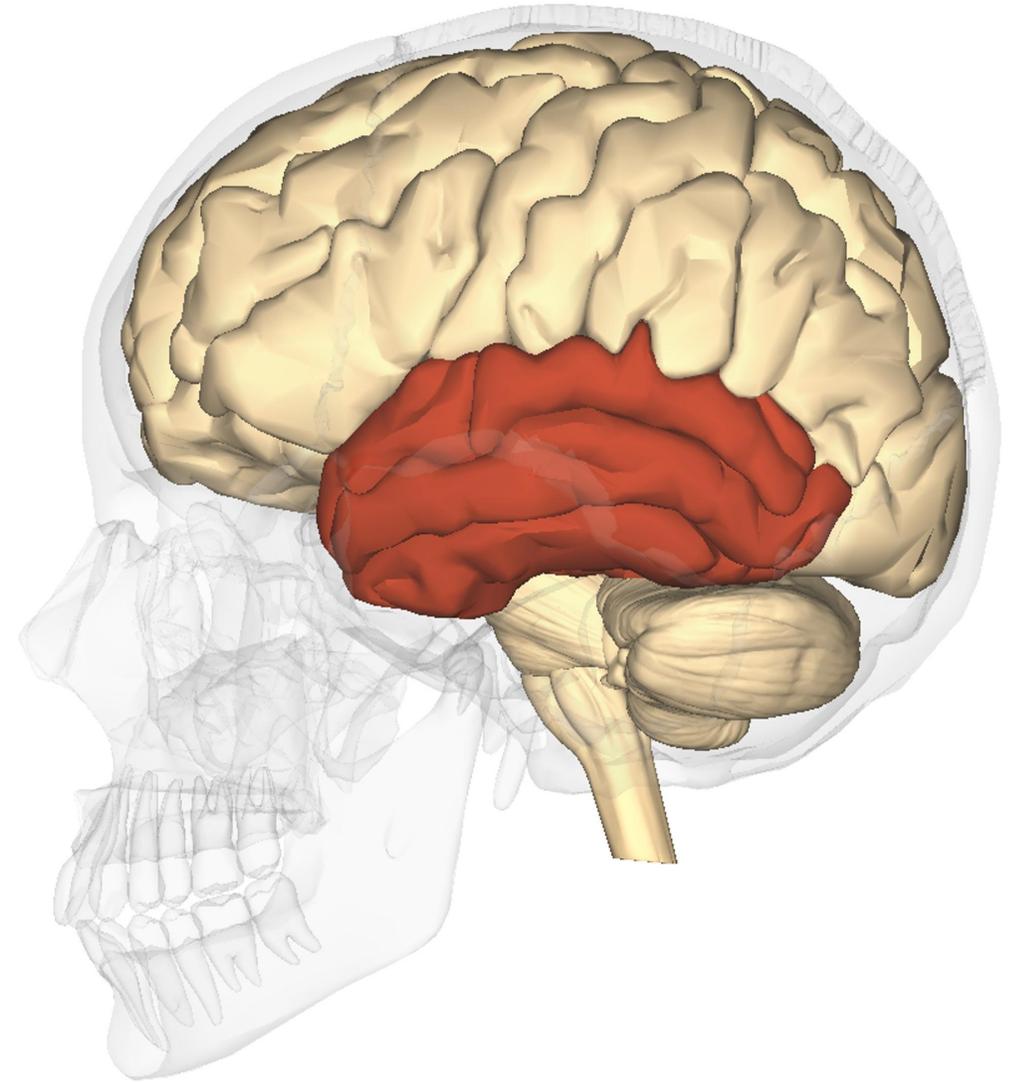
Опухоли постцентральной извилины

Характеризуются джексоновскими чувствительными припадками, выпадением чувствительности по моно- или гемитипу, астереогнозом.



Опухоли височной доли

Глиомы встречаются чаще, чем менингиомы. Очаговыми симптомами являются обонятельные и вкусовые расстройства, зрительные и слуховые галлюцинации, эпилептические припадки, гемианопсия при глубоких очагах, расстройство функции глазодвигательного и тройничного нервов. Для этой локализации типично раннее появление общемозговых симптомов. При левосторонних опухолях у правшей возникает сенсорная и амнестическая афазия.



Опухоли теменной доли

Чаще всего это глиомы или менингиомы. Типичны очаговые симптомы: расстройства чувствительности (главным образом сложных форм и глубокого мышечного чувства), нарушения схемы тела, астереогноз. При левосторонней локализации опухоли отмечаются апраксия, нарушения чтения, письма, счета, амнестическая афазия. Двигательные расстройства наблюдаются при подкорковой локализации опухоли. При поражении нижней теменной доли доминантного полушария возникает синдром Герстманна (алексия, акалькулия, аграфия, пальцевая агнозия, сенсорная афазия).



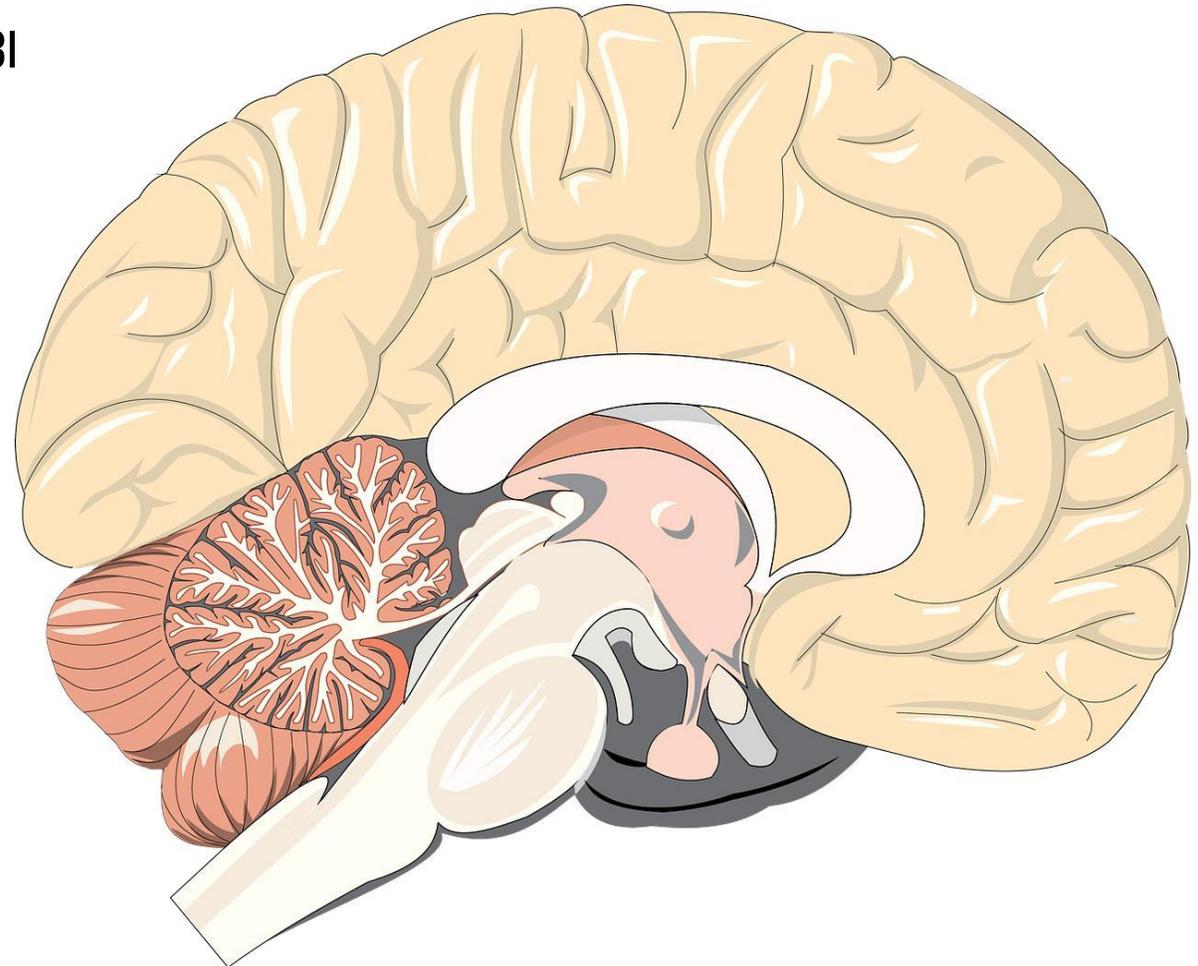
Опухоли затылочной доли

Встречаются относительно редко. Среди них преобладают глиомы. На втором месте менингиомы. Основной очаговый симптом— расстройство зрения (фотопсии, зрительные галлюцинации, гемианопсия, расстройство цветоощущения, метаморфопсии). При переднем росте опухоли появляются гностические расстройства, прежде всего алексия. Рано возникают общемозговые симптомы.



Опухоли мозолистого тела

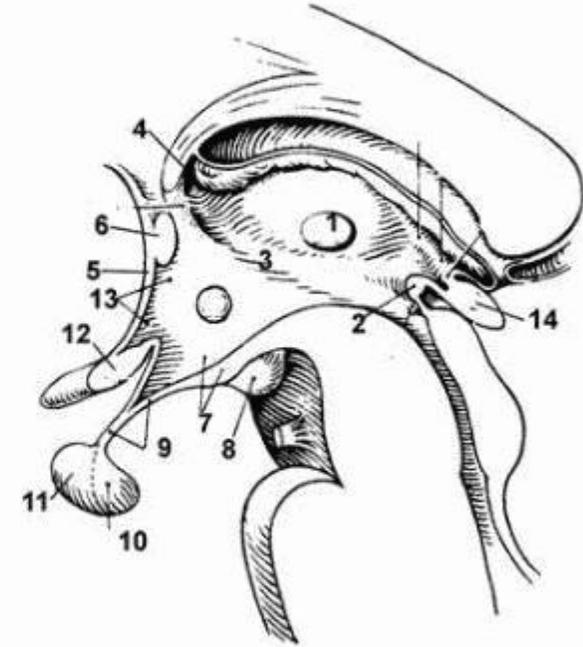
Могут длительно проявляться только психическими нарушениями, затем присоединяется гипертензи синдром.



Опухоли в области третьего желудочка

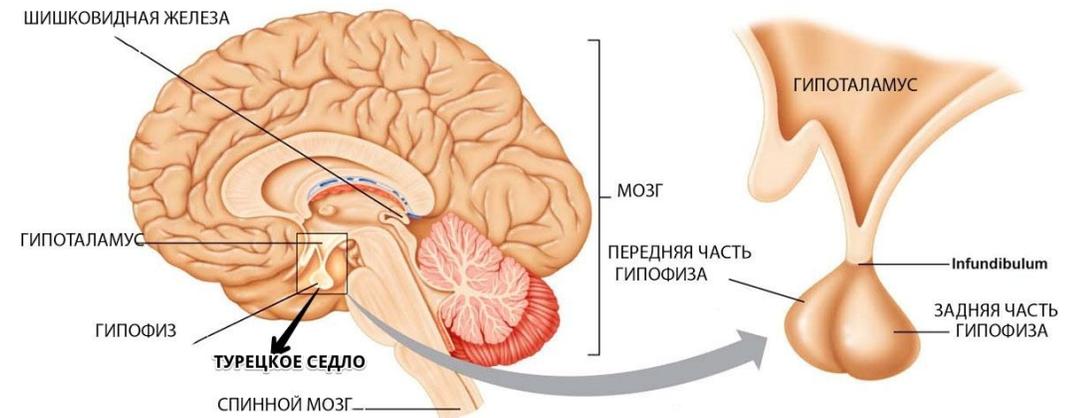
Одним из первых проявлений бывает гипертензивно-гидроцефальный синдром. При перемене позы может возникать окклюзия желудочка с развитием головной боли, рвоты, внезапной слабости в ногах, падений, синкопального состояния.

Опухоли дна третьего желудочка проявляются эндокринно-обменными и вегетативными нарушениями. В последующем возможны снижение остроты зрения и битемпоральная гемианопсия.



Опухоли гипофиза и гипоталамической области

Чаще встречаются опухоли гипофиза (аденомы), краниофарингиомы и глиомы. Характерны расстройство зрения по типу битемпоральной гемианопсии с первичной атрофией зрительных нервов (следствие давления опухоли на хиазму), эндокринно-вегетативные нарушения (гиперкортицизм, акромегалия, галакторея и аменорея, несахарный диабет, гипопитуитаризм) и изменения турецкого седла.



Опухоли задней черепной ямки

Астроцитомы мозжечка.

Гемангиобластомы (ангиоретикулемы).

Медуллобластомы.

Эпендимомы.

Хориоидпапилломы.

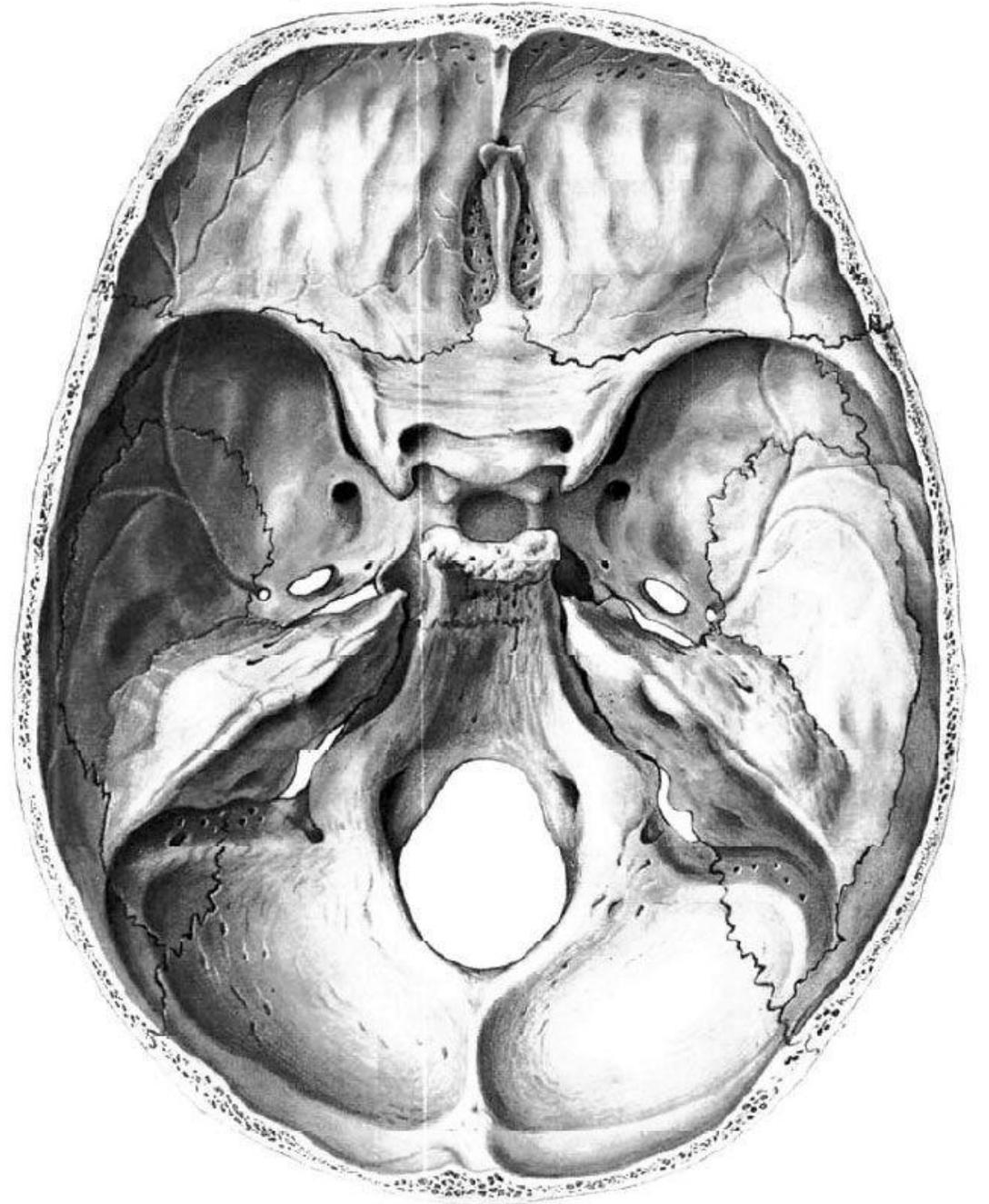
Глиомы ствола мозга.

Невриномы преддверноулиткового нерва.

Менингиомы.

Хордомы.

Гломусные опухоли луковицы яремной вены.



Опухоли мозжечка

Самый ранний симптом — головная боль, сопровождаемая рвотой. К важнейшим очаговым проявлениям относятся расстройство координации, мышечная гипотония, нистагм (рис. 1.3). При росте опухоли из червя наблюдается двусторонняя симптоматика:

преимущественное нарушение статической координации и ранние признаки поражения четвертого желудочка (внутричерепная гипертензия; приступы, напоминающие синдром Брунса,—рвота при перемене положения головы; нарушения дыхания и деятельности сердечно-сосудистой системы).

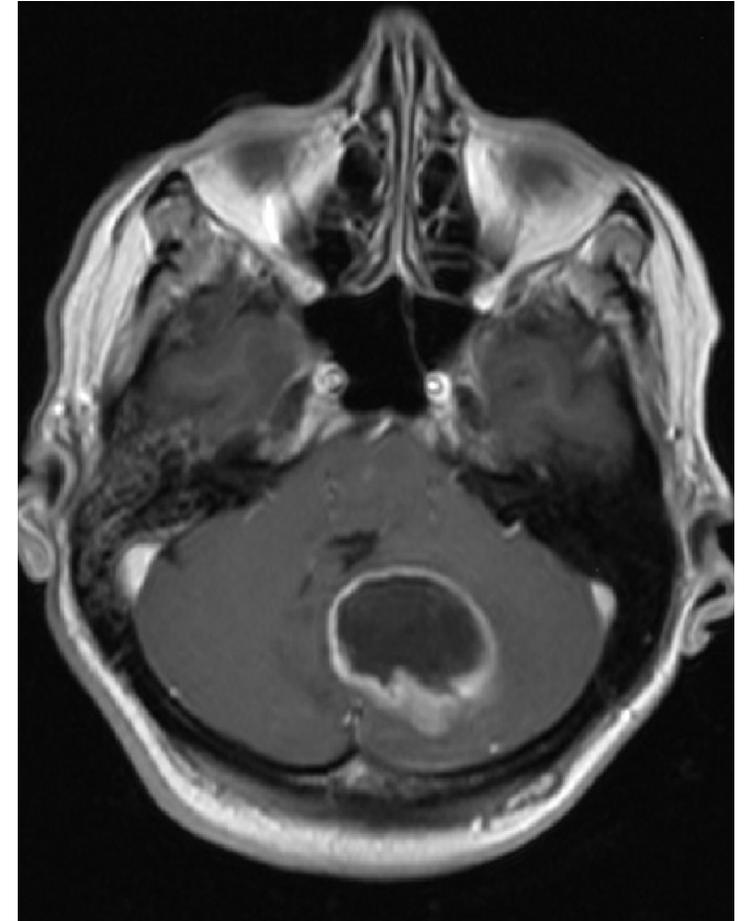
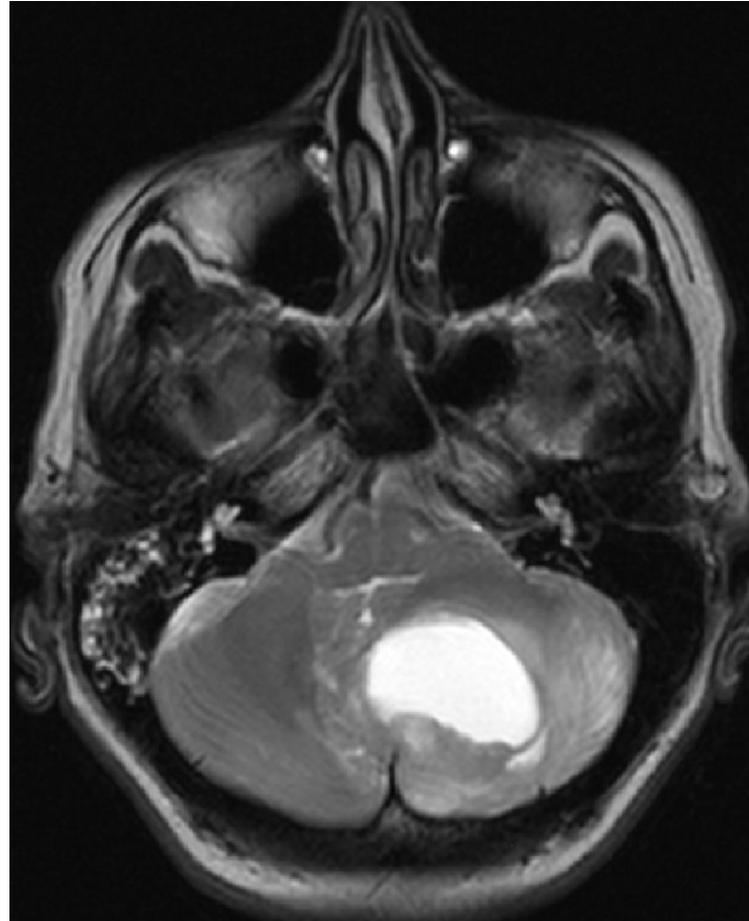


Рисунок 1.3. Ангиоретикулома мозжечка. МРТ..

Опухоли мостомозжечкового угла

Чаще встречаются невриномы преддверно-улиткового нерва. Первым симптомом обычно бывает снижение слуха, сопровождающееся шумом. В процесс рано вовлекаются корешок тройничного нерва (со снижением роговичного рефлекса и парестезией лица) и промежуточный нерв (с расстройством вкуса на передних двух третях языка). По мере роста опухоли присоединяются мозжечковые, стволовые и общемозговые симптомы.

Двусторонние невриномы преддверноулиткового нерва встречаются при нейрофиброматозе (болезни Реклингхаузена; рис. 1.4).

Важное диагностическое значение имеет различимое рентгенологически расширение внутреннего слухового прохода в пирамиде височной кости.

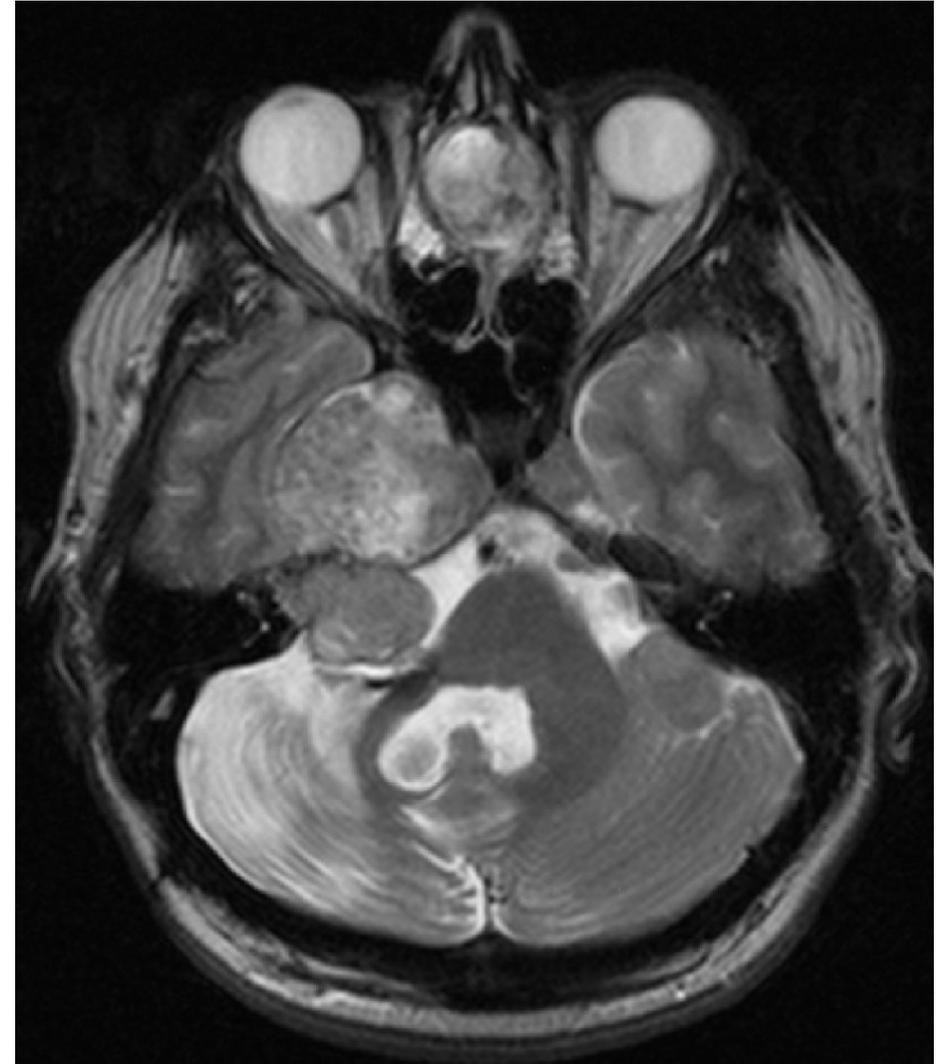
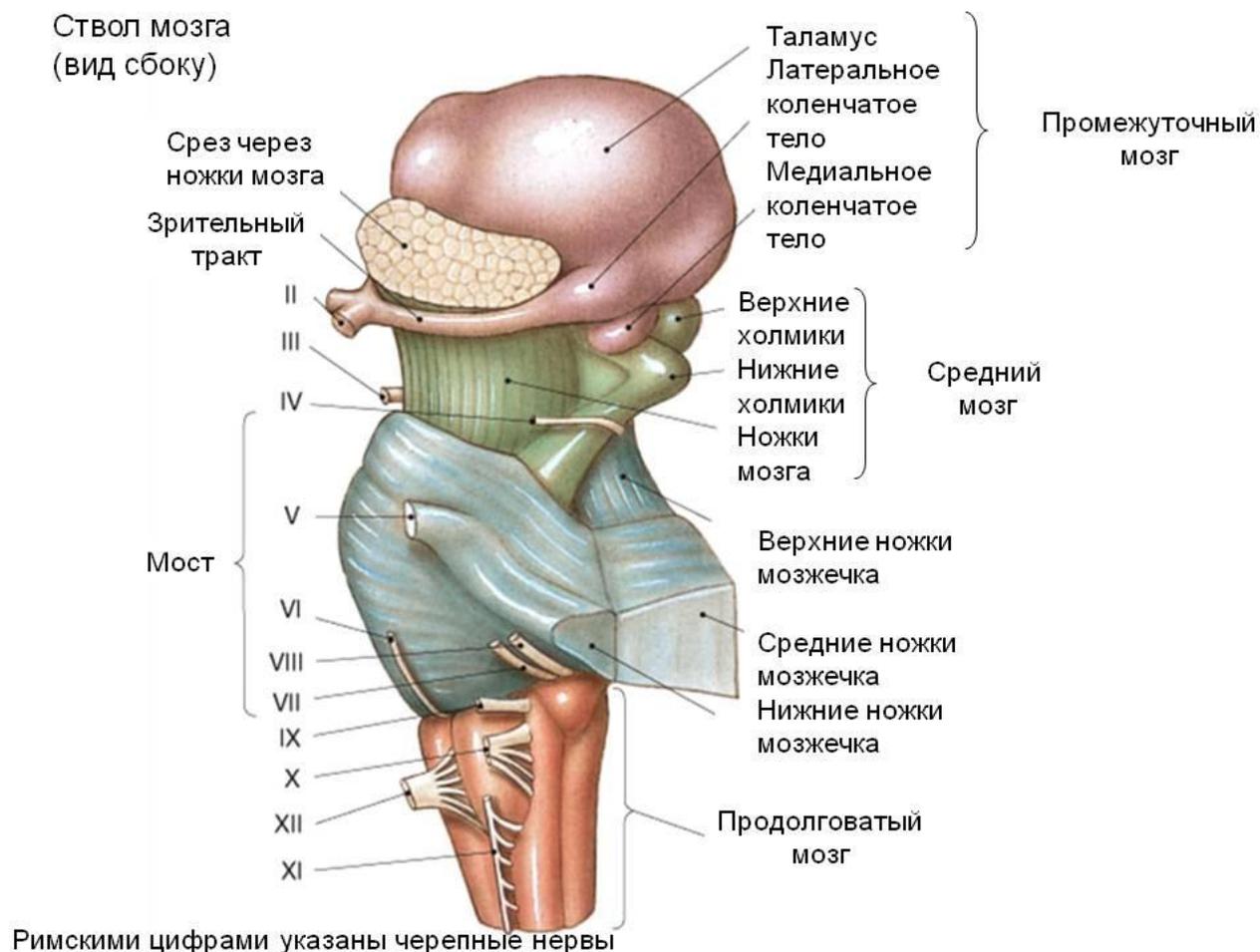


Рисунок 1.4. Множественные невриномы (болезнь Реклингхаузена). МРТ.

Опухоли ствола мозга

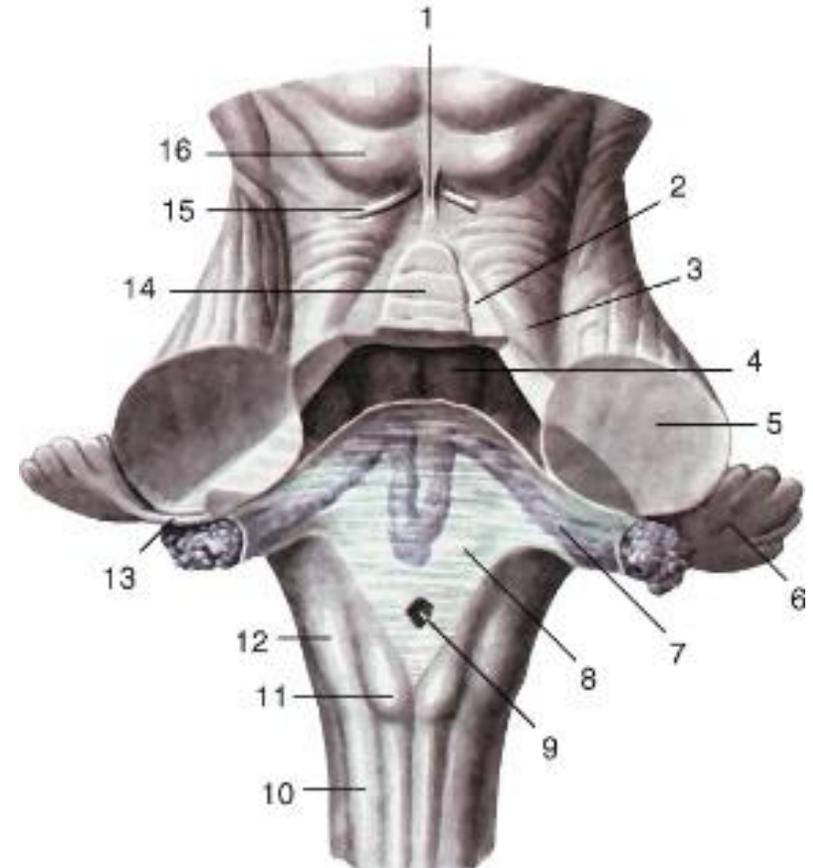
Опухоли ствола мозга относятся к числу редких. Среди внутримозговых опухолей встречаются глиомы, среди внемозговых — менингиомы. Для начальной стадии опухолей среднего мозга, моста и продолговатого мозга характерны альтернирующие синдромы.

Внемозговые опухоли проявляются прежде всего расстройством функции черепных нервов, к которым по мере роста опухоли присоединяются и проводниковые нарушения.



Опухоли четвертого желудочка

Рано появляется внутричерепная гипертензия. Головная боль носит приступообразный характер и часто сопровождается рвотой и головокружением, нарушением сердечной деятельности и дыхания. Часто наблюдаются мозжечковые расстройства, прежде всего нарушения походки. Характерно вынужденное положение головы. Среди черепных нервов в первую очередь страдают отводящий, преддверно-улитковый, тройничный, лицевой, языкоглоточный и блуждающий нерв. К очаговым симптомам относятся приступы икоты, дыхательные и сердечно-сосудистые расстройства.

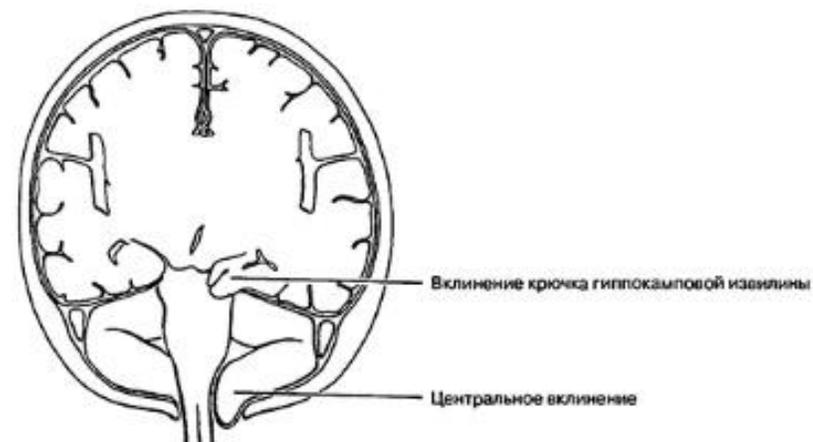


Дислокационные синдромы при опухолях головного мозга

Тенториальное вклинение.

Краниовертебральное вклинение.

Латеральное смещение.



Входе прогредиентного течения опухолей возможны пароксизмальные ухудшения состояния больных вплоть до гибели. Одной из причин ухудшений служит смещение отделов мозга под влиянием роста опухоли, быстрое нарастание ВЧД с образованием внутричерепных грыж — вклинений участков мозга под край отростков твердой мозговой оболочки или в затылочное отверстие. Среди синдромов смещения, или дислокационных синдромов, имеются два наиболее типичных и часто встречающихся.

При локализации опухоли в височной области возможна тенториальная грыжа — ущемление гиппокамповой извилины в тенториальном отверстии, сопровождающееся сдавлением промежуточного мозга, ножек мозга и орального отдела ствола мозга.

Клинически тенториальная грыжа проявляется резкой головной болью, рвотой, парезом взора вверх, нарушением функции глазодвигательного нерва, вегетативными нарушениями, появлением патологических и угасанием сухожильных рефлексов.

Второй синдром — мозжечковая грыжа — возникает при опухолях задней черепной ямки и связан с ущемлением миндалин мозжечка в большом затылочном отверстии с последующим сдавлением бульбарной части мозга. Клинически этот синдром проявляется приступами головной боли, рвоты и нарушения сознания, брадикардией и тоническими судорогами. При синдромах вклинивания необходима срочная хирургическая помощь.



Диагностика опухолей головного мозга

Клинические симптомы.

Исследование ЦСЖ.

Рентгенография черепа.

Исследование глазного дна.

КТ или МРТ головного **мозга с контрастированием.**

Церебральная ангиография.

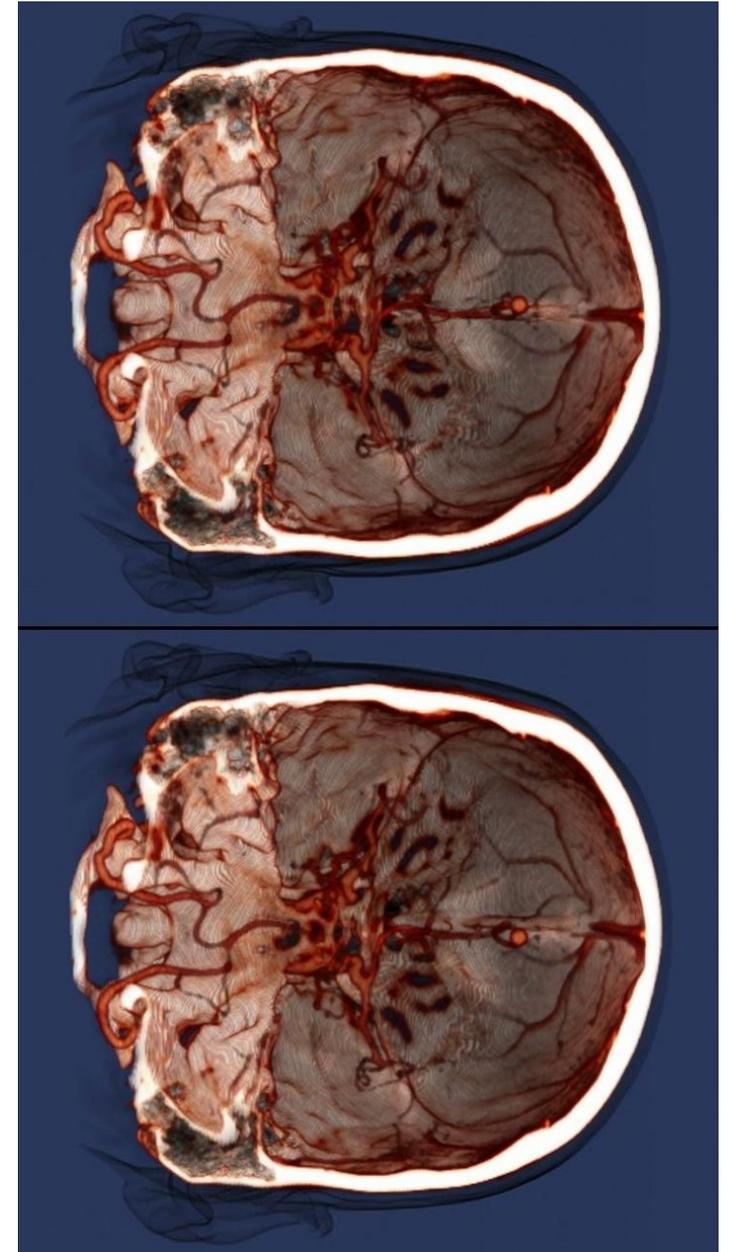


Обоснование диагноза

Абсолютных признаков, отличающих внемозговые опухоли от внутримозговых, не существует, однако ряд симптомов дает основание для решения этого вопроса. Внемозговые опухоли больших полушарий чаще проявляются локальной головной болью, выраженными и ранними очаговыми симптомами и, нередко, парциальными эпилептическими припадками.

При определении характера опухоли следует принимать во внимание возраст больного, скорость течения процесса, локализацию опухоли, характер изменений в ЦСЖ (при злокачественных опухолях часто наблюдаются плеоцитоз и значительное увеличение содержания белка).

Необходимо также тщательное соматическое обследование для исключения метастатического поражения головного мозга.



Лечение

Единственный радикальный метод — хирургическое вмешательство. Хорошие результаты получают при внемозговых опухолях, удовлетворительные — при поверхностных глиомах и внутрижелудочковых опухолях. Успех лечения в большой степени зависит от гистологического строения опухоли. При злокачественных опухолях, которые быстро рецидивируют и не поддаются полному удалению, используют рентгенотерапию (часто в комбинации с удалением опухоли) и противоопухолевую химиотерапию.

В качестве симптоматического лечения применяют дегидратационные средства, при эпилептических приступах — противосудорожные препараты.

Экстренное вмешательство необходимо при симптомах дислокации. Оно заключается в немедленной пункции боковых желудочков и удалении жидкости.

В дальнейшем показана неотложная операция.



Прогноз

Прогноз всегда серьезен и зависит от локализации, гистогенетической структуры опухоли и стадии заболевания. Наиболее благоприятные результаты наблюдаются при хирургическом лечении поверхностных доброкачественных опухолей в ранние сроки.



Министерство Здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

СНК кафедры неврологии и нейрохирургии с курсом медицинской реабилитации и психиатрии

Опухоли нервной системы

Докладчик: Волчек Владислав Станиславович

5 курс, лечебный факультет

Гомель, 2019 год

