

Нейроонкология.

Маршрутизация больных.

Клинические группы. Тактика

ведения больных. Клиника

(синдромы). Диагностика.

Принципы консервативного и

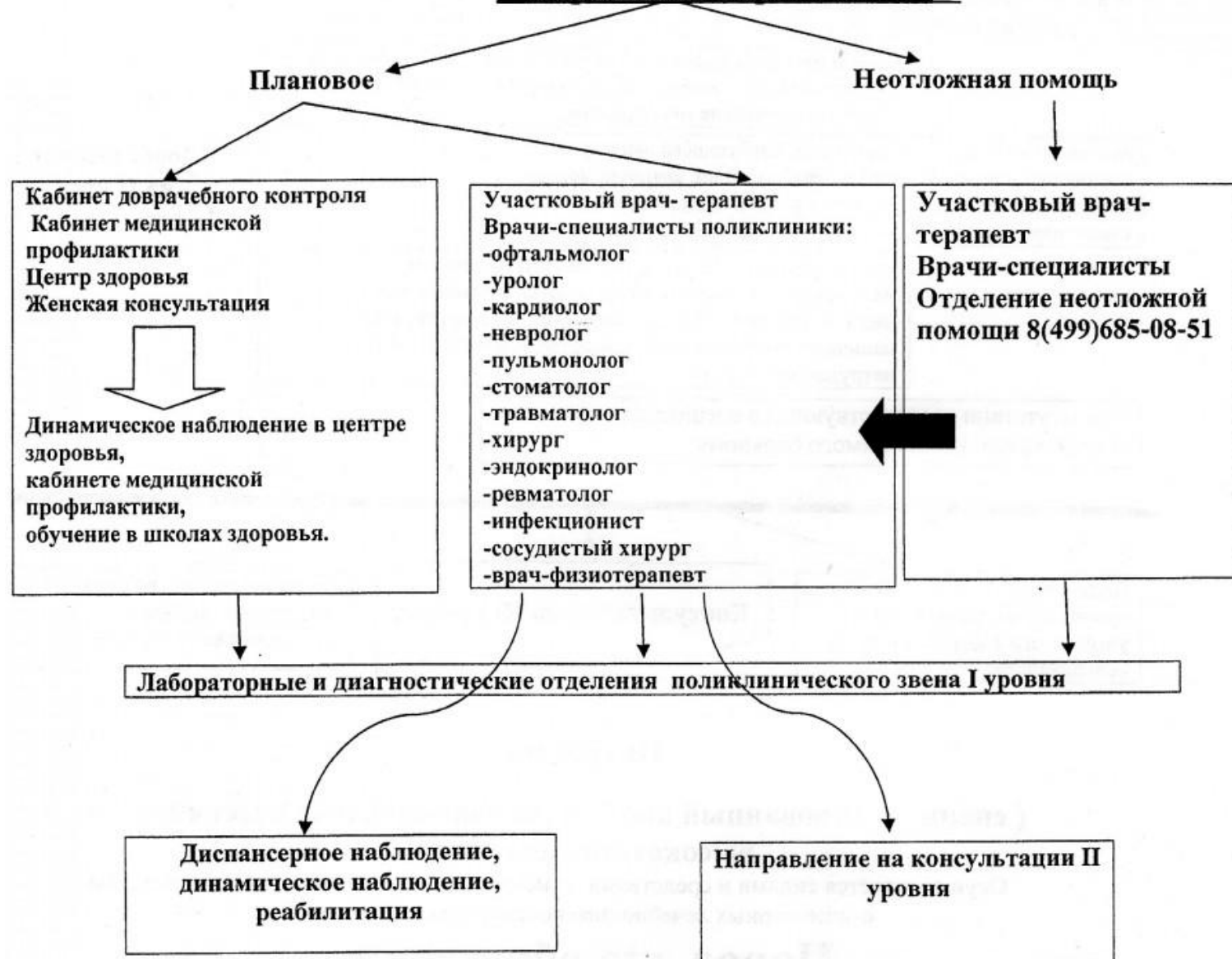
оперативного лечения.

Маршрутизация пациентов

I уровень(первичный)

Осуществляется силами и средствами подразделений «районной» поликлиники.

Первичное обращение



Клинические группы

- **1 «а» клиническая группа (факультативная)**
- **1 «б» клиническая группа (облигатная)**
- **2 клиническая группа**
- **2 «а» клиническая группа**
- **3 клиническая группа**
- **4 клиническая группа**

Клиника

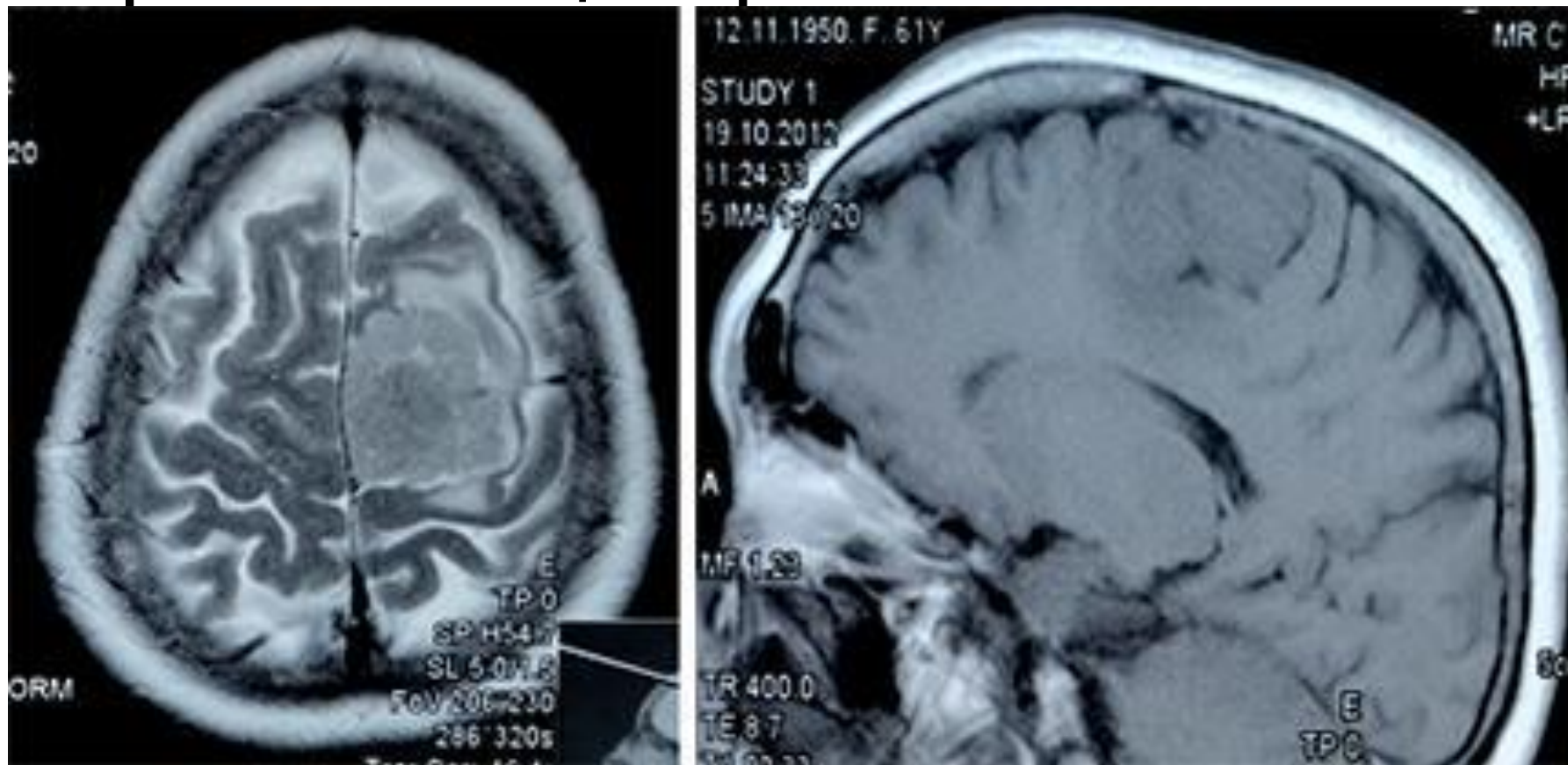
- **Очаговая симптоматика** (повреждение отдельных участков) судорожные припадки, парезы, нарушения чувствительности, расстройства речи, поражение тех или иных черепных нервов.
 - Первичные (опухоль)
 - Вторичные (отек, гипоксия)
- **Общемозговая симптоматика** (повышение ВЧД, гипоксия мозга, снижение перфузионного давления) головная боль, тошнота и рвота, снижение памяти, критики, ориентировки, нарушение сознания, застойные диски зрительных нервов, синдром Бурденко-Кушинга
- **Отдаленная симптоматика** (связаны со смещением мозга и возникают обычно на поздних, угрожающих жизни, стадиях заболевания). К ним относятся, например, так называемый четверохолмный синдром (парез взора вверх, нарушение конвергенции) и парез глазодвигательного нерва, возникающие при сдавлении среднего мозга в отверстии мозжечкового намета; боль в шее; «ригидность мышц затылка»; пароксизмы брадикардии; рвота; нарушение сознания и дыхания при дислокации миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

Топическая диагностика: Лобные доли



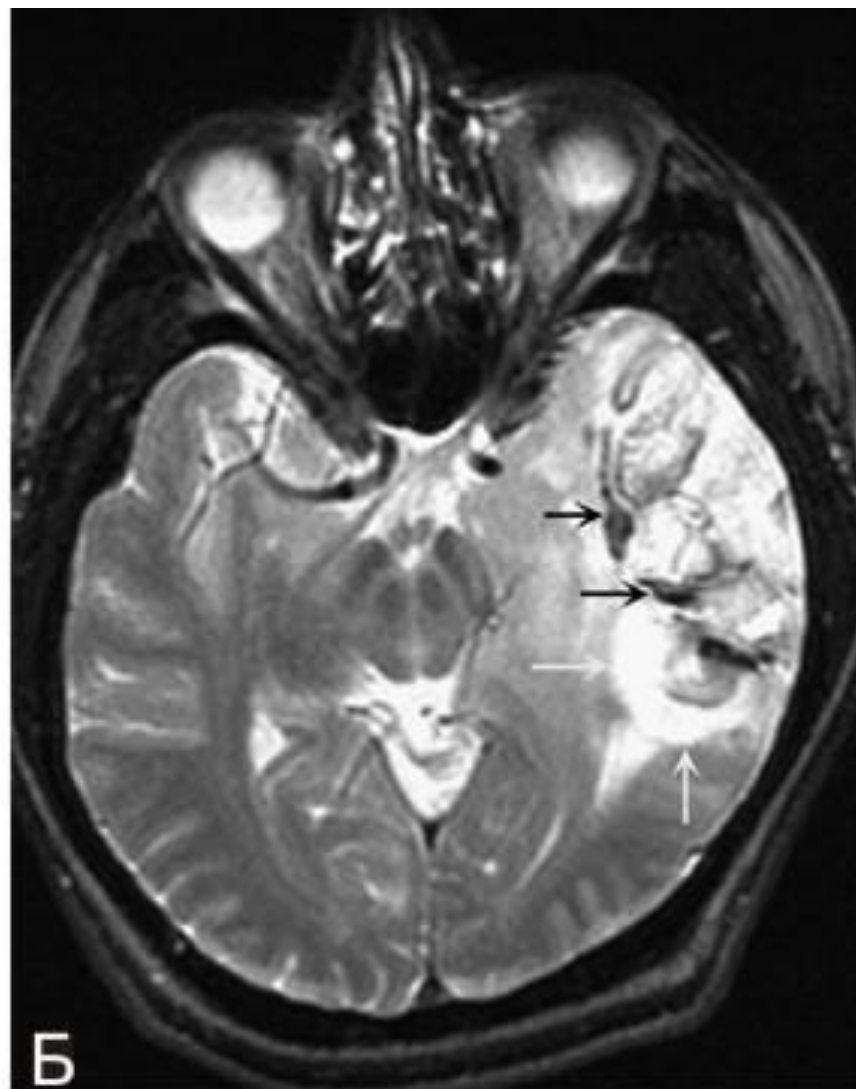
- Эпилепсия
- Возникновение «лобной психики»
- Лобная атаксия
- Моторная афазия
- Наруш. Обаяния
- Гиперкинезы

Пре- и постцентральной извилины



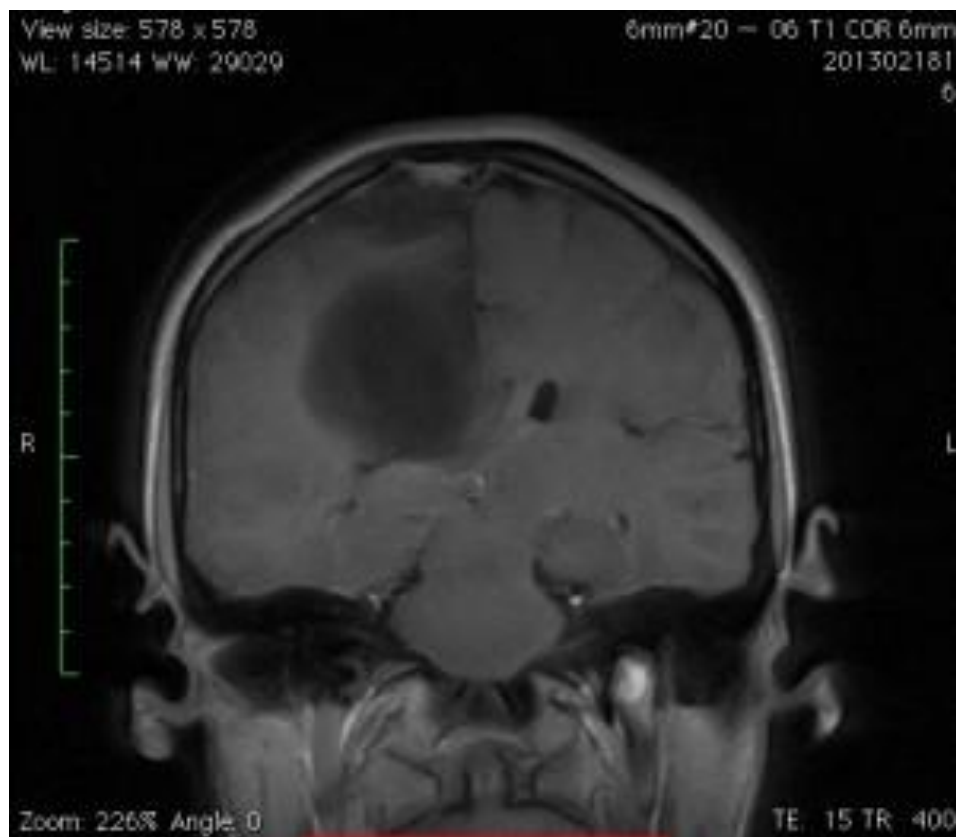
- Парезы, нарушение чувствительности
- Повышение глубоких рефлексов
- Патологические рефлекссы

Опухоли височной доли



Опухоли теменной доли

- Парестезии
- Наруш.
ощущение руки в
пр-ве
- Акалькулия,
аграфия,
алексия
- Астереогнозия



Опухоли затылочной доли

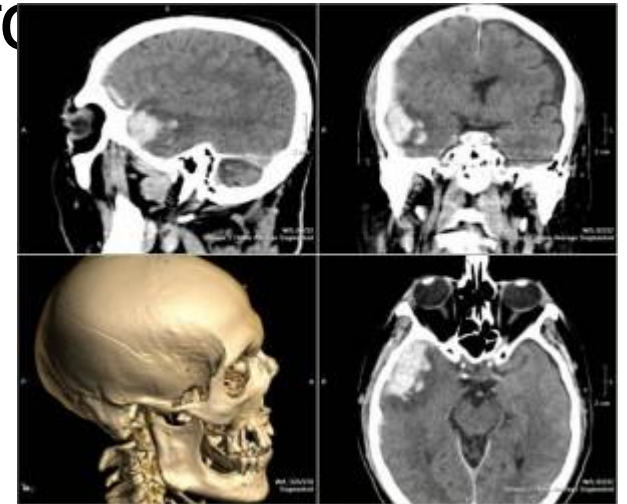
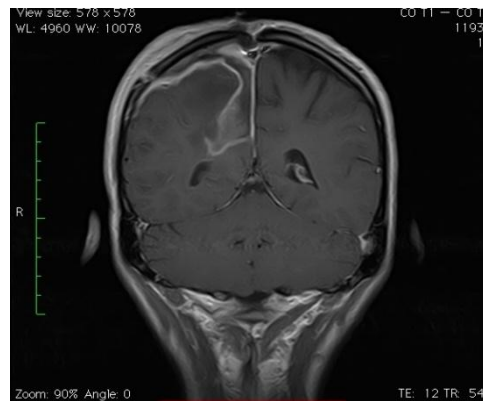
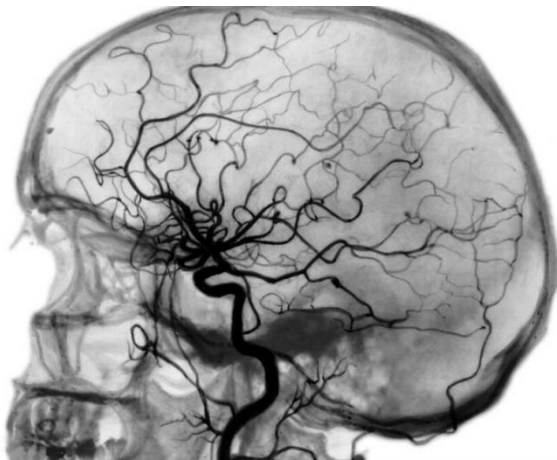
- Фотопсии
- Окклюзионная гидроцефалия



Диагностика

- Основным методом диагностики опухолей ЦНС является **МРТ**, позволяющая выявлять даже небольшие (2-3 мм в диаметре) новообразования головного мозга.

- КТ

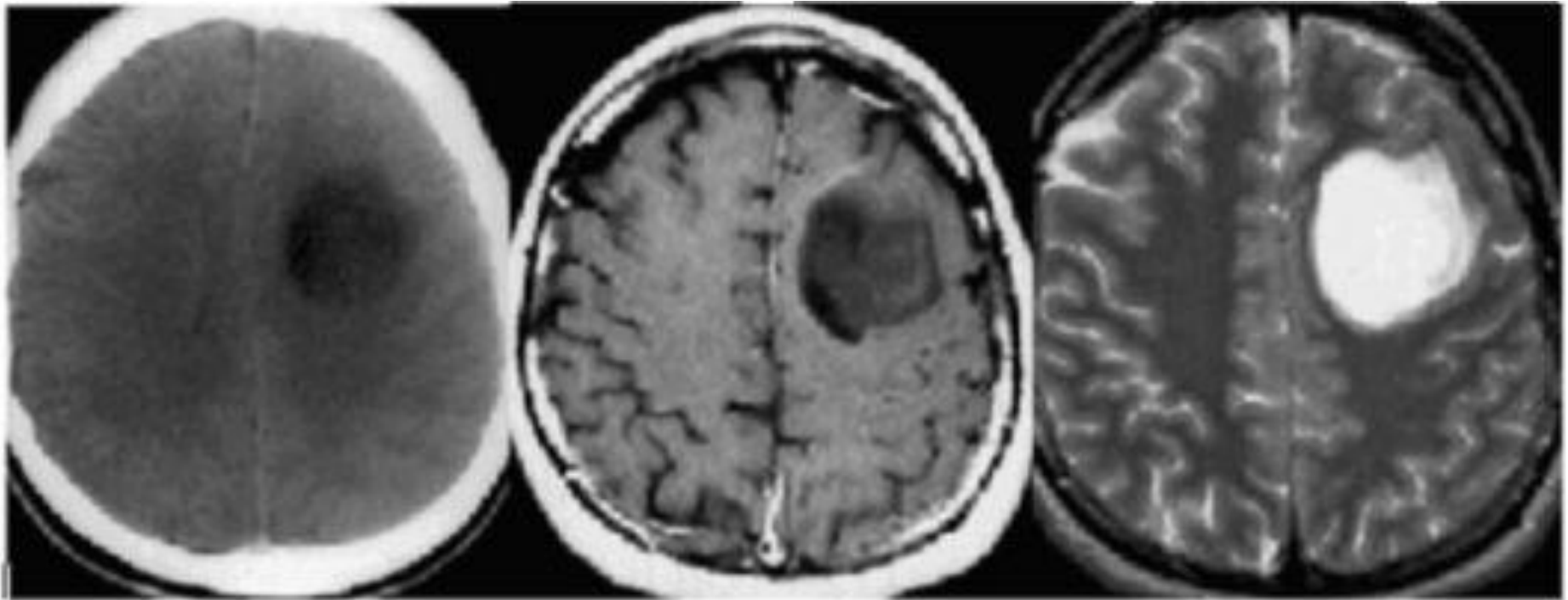


MPT

- MPT позволяет:
 - Вынести предположительный гистологический диагноз,
 - оценить наличие и выраженность перитуморозного отека
 - смещение мозговых структур и желудочковой системы,
 - уточнить степень кровоснабжения опухоли и ее отношение к магистральным сосудам (особенно при использовании специальной программы - магнитно-резонансной ангиографии).

MPT

- Внутривенное введение препаратов гадолиния повышает разрешающую способность МРТ.
- Благодаря специальным методикам МРТ можно изучить взаимоотношения опухоли с функционально значимыми зонами

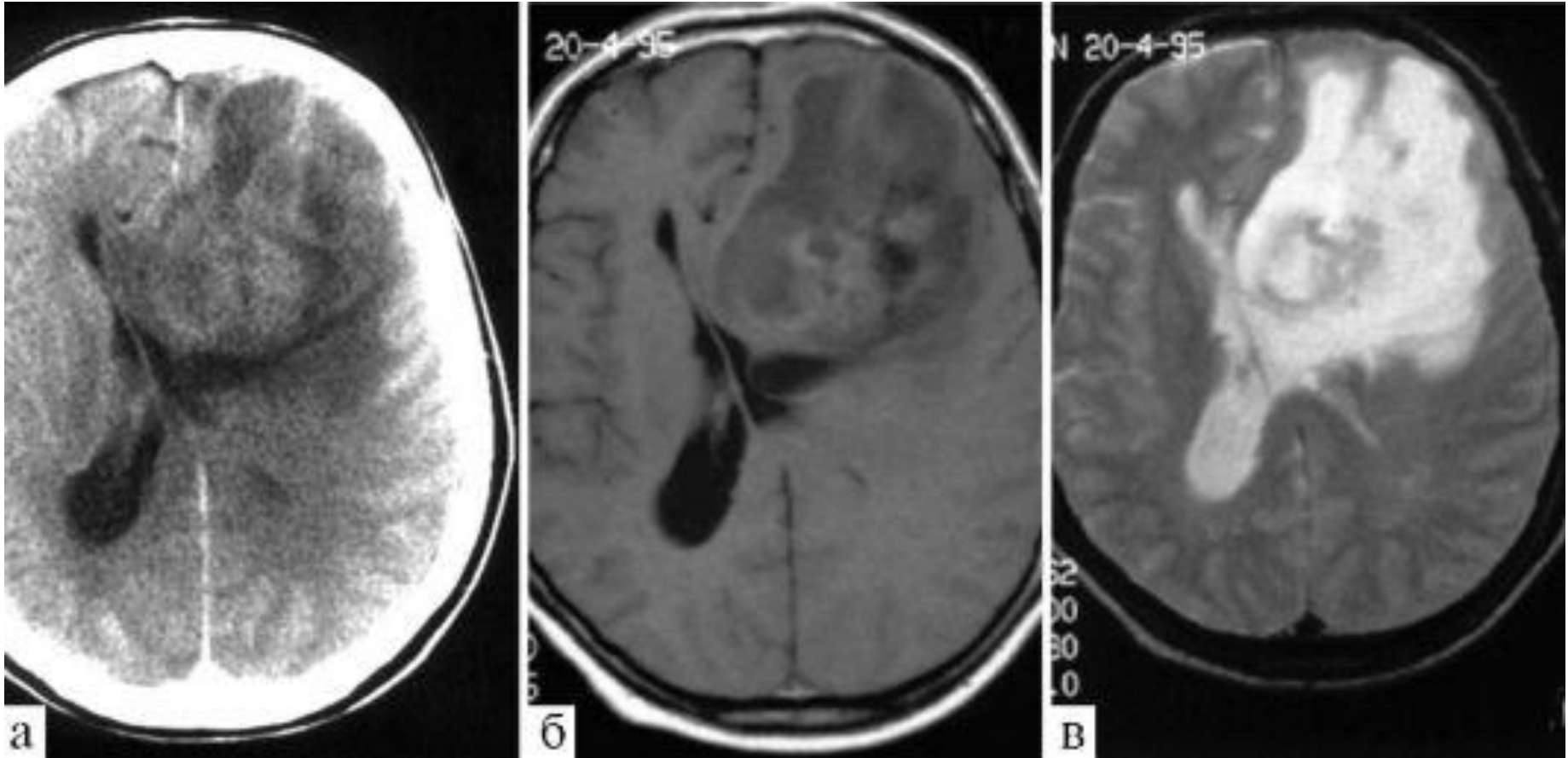


а

б

в

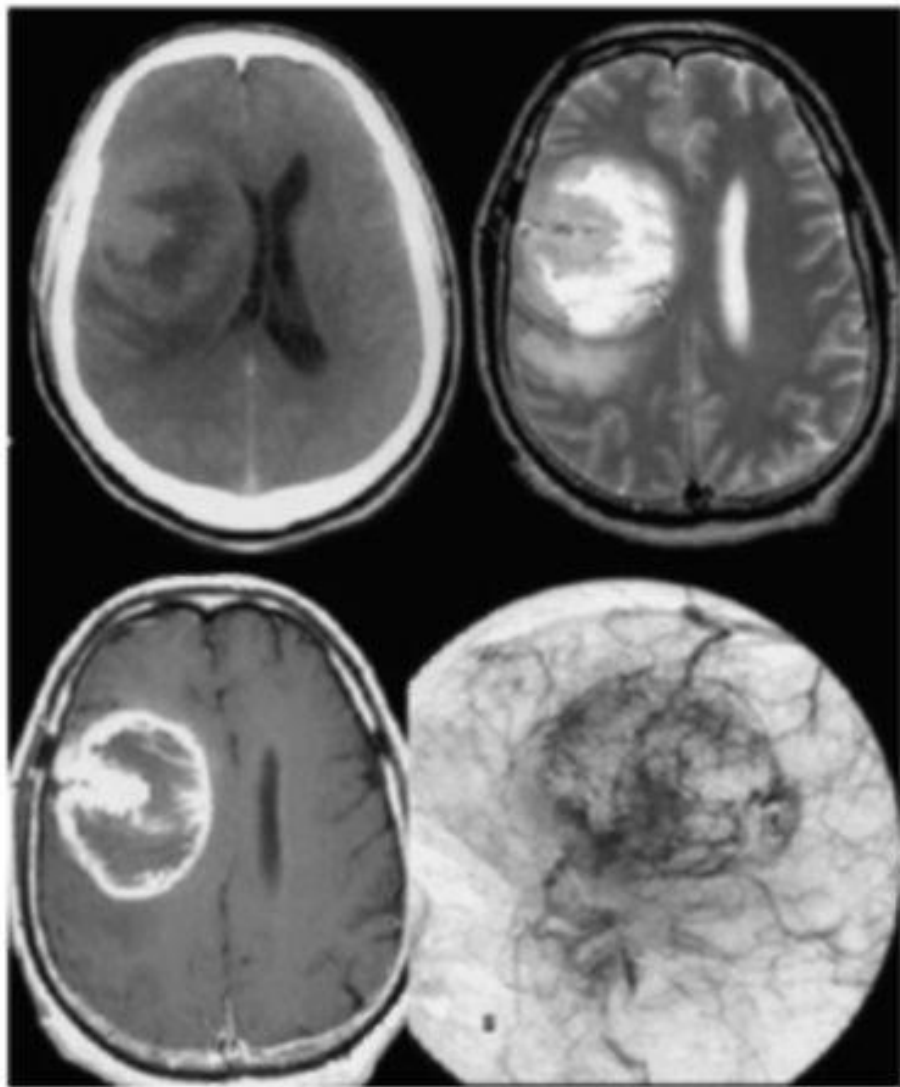
Доброкачественная глиома (пилоидная астроцитома) левой заднелобной области: а - КТ с контрастным усилением, опухоль не накапливает контрастное вещество; б - тот же больной, МРТ с контрастным усилением, T_1 -взвешенные изображения - опухоль выглядит как зона сигнала низкой интенсивности; в - тот же больной, МРТ, T_2 -взвешенные изображения - опухоль выглядит как зона гиперинтенсивного сигнала



Злокачественная глиома (анапластическая астроцитома) левой лобной доли: а - КТ; б, в - МРТ, T_1 и T_2 -взвешенные изображения; опухоль выглядит как зона гетерогенного сигнала с кистами в структуре

а

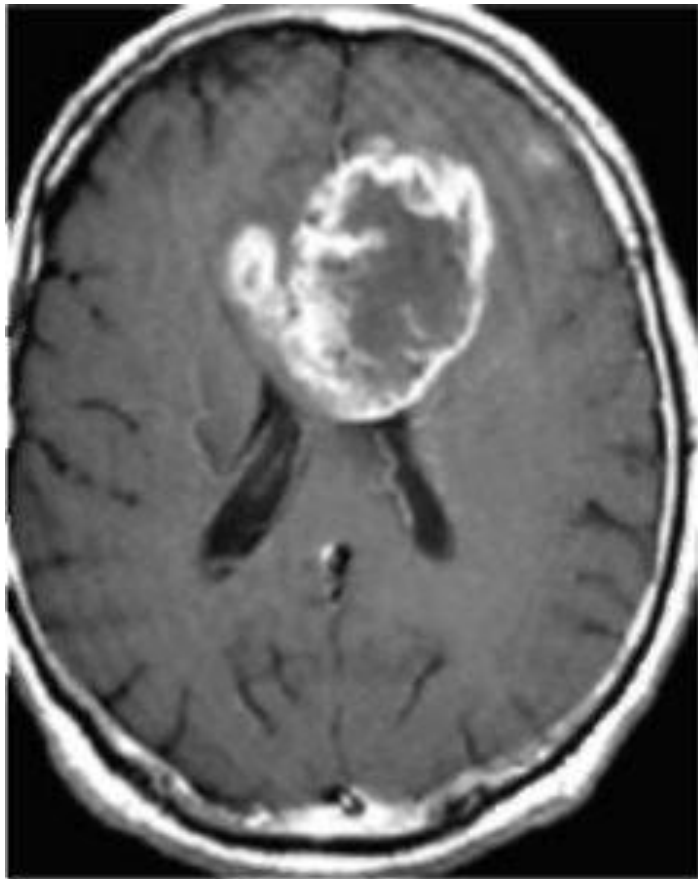
б



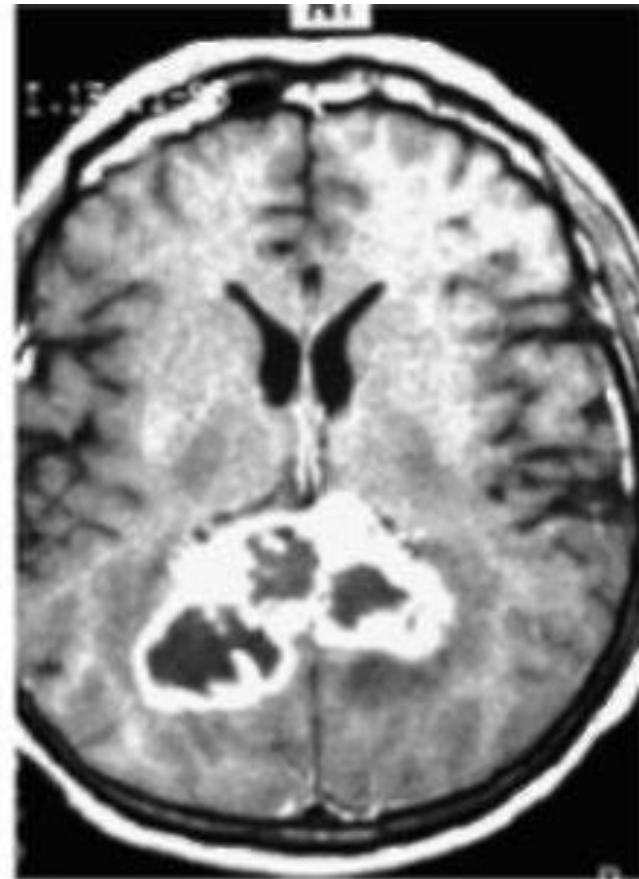
в

г

Злокачественная глиома (глиобластома) правой височно-теменной области: а - КТ с контрастным усилением, опухоль выглядит как область гетерогенной плотности; б - МРТ, T_2 -взвешенные изображения, опухоль выглядит как зона гетерогенно повышенного сигнала; в - МРТ, T_1 -взвешенные изображения с контрастным усилением; видно накопление контраста по периферии опухоли, в зоне ее активного роста и в проекции краев сильвиевой борозды; г - каротидная ангиография; определяется усиленное кровоснабжение опухоли в периферических отделах и в проекции краев сильвиевой борозды

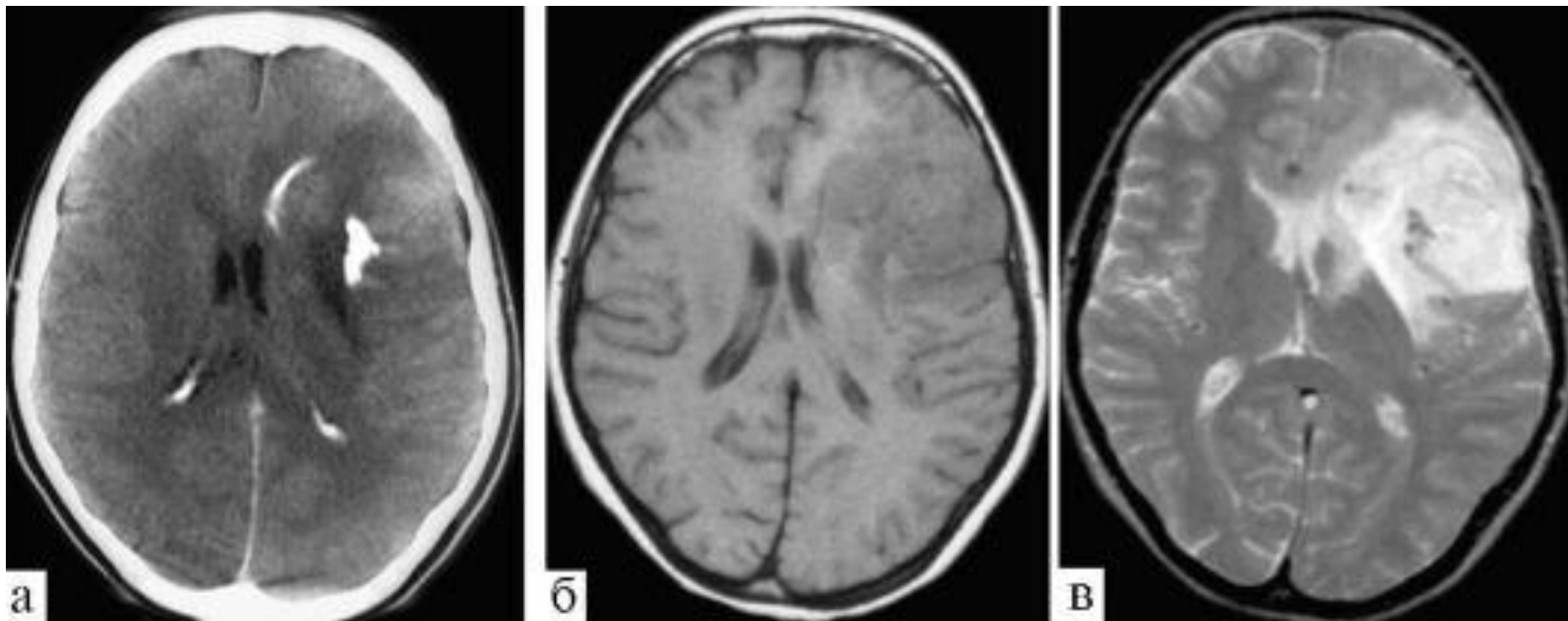


а

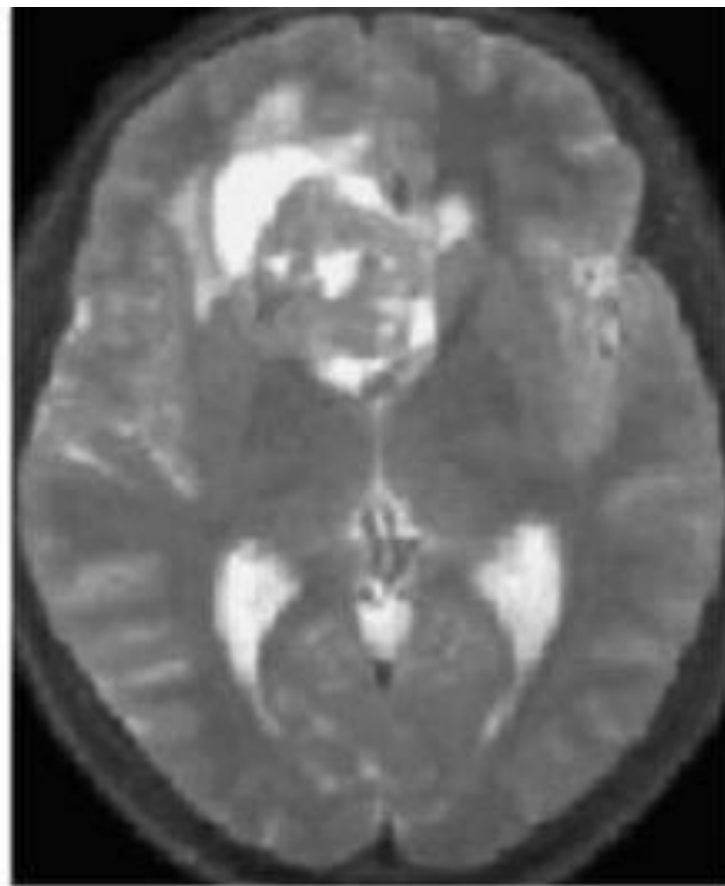
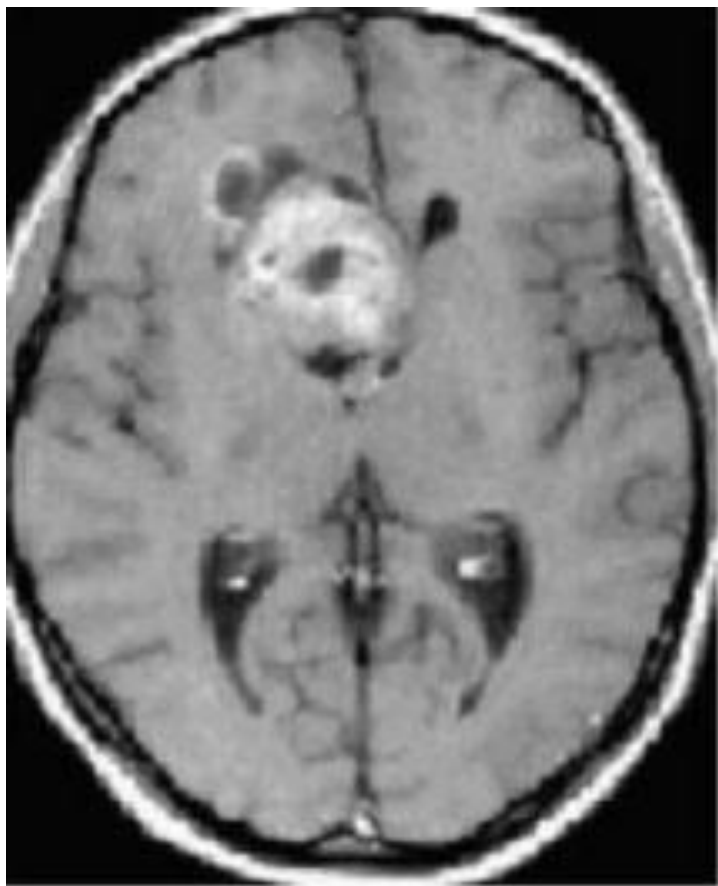


б

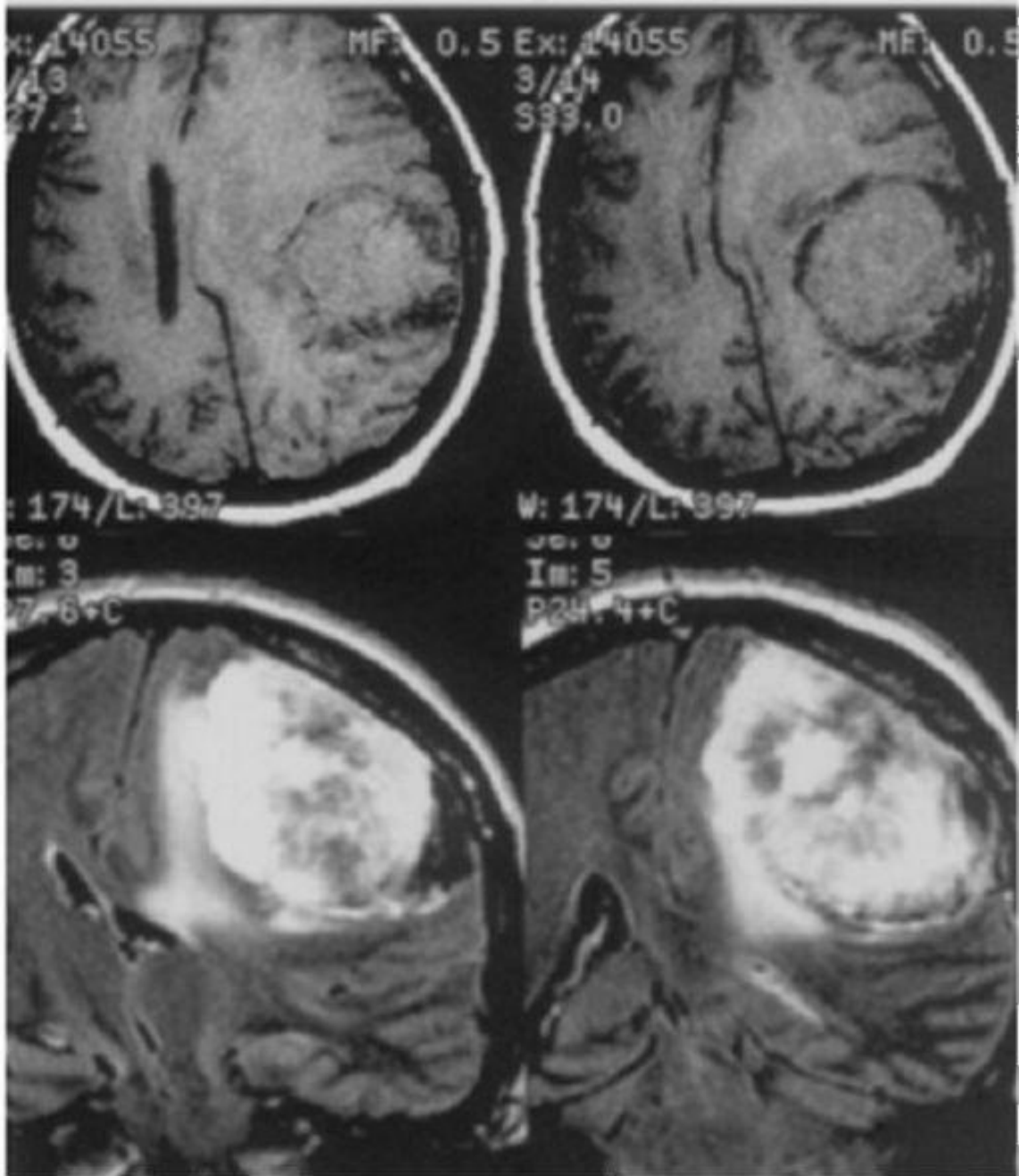
Распространение глиобластомы на противоположное полушарие мозга через передние (а) и задние (б) отделы мозолистого тела; МРТ с контрастным усилением (T_1 - взвешенные изображения)



Олигодендроглиома: а - КТ, хорошо виден расположенный в структуре опухоли петрификат; б, в - МРТ, T_1 и T_2 -взвешенные изображения



Эпендимомы переднего рога правого бокового желудочка. МРТ: а - T_1 - с контрастным усилением; б - T_2 -взвешенное изображение



1.5T MRD1000
Ex: 12617
SAGITTAL T1
Sz: 4/4
In: 4/4
Seq: L5.2

296 x 296

Mag: 1.0x

A

ET: 0
TR: 640.0
TE: 20.0
HEAD

6 W1.0sp
OS L26z

S

Inst: Neuro Burdenko

DSY F 7975

ACC:

2001 Mar 28

12:37:48

P

FOV: 24.0 x 24.0cm



Принципы оперативного лечения

- Цель операции устранить:
 - Повышение ВЧД и дислокационный синдром
 - Ло



Принципы оперативного лечения

- Полное удаление опухоли производится, всегда когда это ВОЗМОЖНО

- Принцип «полной резекции»



Спасибо за внимание!

