

УДК 616.127-005.4-085.844

© Мироненко Т.В., Шамрай М.Г., 2011

К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОПУХОЛЕВЫХ И СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Мироненко Т.В., Шамрай М.Г.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Вступление. Вопросы дифференциальной диагностики опухолевых и церебро-васкулярных заболеваний нередко сложны. Нейровизуализационные методы диагностики (КТ и МРТ головного мозга) значительно облегчают данный процесс. В результате указанного неинвазивного компьютерного мониторинга имеется прекрасная возможность в большинстве наблюдений своевременно решать лечебно-диагностические вопросы [1,3,10,13].

Вместе с тем, имеет место неточная оценка характера внутримозгового процесса, что негативно влияет на прогноз заболевания. В основе подобных диагностических затруднений лежит много причин, главной из которых является общность отдельных клинических симптомов опухолей головного мозга и его сосудистых поражений.

К их числу могут быть отнесены инсультподобная манифестация опухолей, псевдотуморозное течение церебро-васкулярной патологии, возможное их сочетание [2,4,6]. В этой связи представляется резонным проанализировать клинический полиморфизм опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга и таким образом, оптимизировать диагностический процесс при указанной патологии.

Целью настоящего исследования явилось

Таблица 1. Характеристика опухолей головного мозга с атипичным течением

Окончательный диагноз	Предварительный диагноз					Всего
	Преходящие наруш. мк	ишемич. инсульты	Гемор. инсульты	ДЭ	Другие заб. ЦНС	
Нейроэпителиальные опухоли	1/2,0%	7/14,9%	1/2,0%	6/12,5%	1/2,0%	19/40,4
Мезодермальные опухоли	5/10,6%	1/2,0%	0	4	5	13/27,6
Метастатические опухоли	0	2/4,3%	5	4	5	15/32,0
Всего				14	11	

Клинико-инструментальные сопоставления у пациентов с опухолями головного мозга, которые имитировали сосудистый характер процесса показали, что диагностические сложности вызвал комплекс сходных неспецифических симптомов, который наблюдался как при церебро-васкулярной, так и паранеопластической патологии.

К подобным симптомам отнесены пароксизмы «сосудистой» цефалгии, судорожные припадки, повторные транзиторные ишемические атаки в одном и том же сосудистом бассейне, снижение когнитивных функций, которое расценивается как мультиинфарктная деменция [5,8,14]. Клинически их принадлежность к сосудистым симптомам, обычно не вызывала сомнений. Можно предположить, что в основе начальных проявлений опухолевого процесса могли лежать те же патогенетические механизмы, реально встречающиеся у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга [7,12].

Результаты исследования. Клиническая картина, так называемых, прочих заболеваний ЦНС (19,6% больных) была полиморфною. У 4 (7%) пациентов ранее диагностировали мигрень с аурой (офтальмическая, гемипарестетическая), в 7 (12,5%)

изучение особенностей клинической дифференциации опухолевого и сосудистого поражения головного мозга на основании клинко-неврологического, патоморфологического и неинвазивного исследования.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 56 больных (возраст 42-68 лет, 30 женщин, 26 мужчин) с атипичным течением опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга. В процессе наблюдения были использованы общеклинические, неврологические, рентгенологические (ангиография), нейровизуализационные (КТ-, МРТ- головного мозга), патоморфологические (осмотр макро-препаратов при аутопсии, гистологическое исследование препаратов опухолей) и статистические методы исследования.

Среди обследованных пациентов у 47 (83,9%) опухоли головного мозга имитировали различные виды заболеваний ЦНС: у 22 (39,2%) острые нарушения мозгового кровообращения; у 14 (25,0%) дисциркуляторные энцефалопатии; у 11 (19,6%) другие неврологические заболевания (мигрень, церебральный арахноидит).

У 9 (16,1%) обследуемых хроническая недостаточность мозгового кровообращения имела псевдопирмофозный тип клинического течения, однако опухоли головного мозга у этих пациентов были исключены.

У них наблюдался церебральный арахноидит. У них регистрировалась, практически постоянная головная боль, вегето-сосудистые пароксизмы, парциальные и генерализованные эпилептические припадки, нарушение координации. Кт – головного мозга проводилось, как правило, без конкретного усиления, чаще чем МРТ – головного мозга. Состояние пациентов обычно облегчалось при правильно подобранном симптоматическом лечении, которое включало противосудорожные, противоточные, противовоспалительные средства, применение вазоактивных и нейротропных препаратов.

В этой связи, опухоль головного мозга вовремя не диагностировалась. Как видно из данных, приведенных в таблице 1, цереброваскулярные заболевания доминировали в структуре диагностических ошибок. С учетом широкой распространенности сосудистых заболеваний головного мозга, особое значение приобретает выявление его опухолевых заболеваний, протекающих по псевдососудистому типу. Наши наблюдения показали, что определенным видам опухолей могут соответствовать симптомы, свойственные некоторым формам сосудистых заболеваний головного мозга.

Клиническая симптоматика при нейроэпителлиальных опухолях (19/40,4%) очень часто позволяла первоначально диагностировать мозговые инсульты как геморрагические (4/8,5%), так и ишемические (6/12,5%), дисциркуляторную энцефалопатию (5/10,6%) атеросклеротическую и гипертензивную.

При ангиографии нейроэпителлиальных опухолей обычно выявлялись бессосудистые зоны в капиллярной и венозной фазах. Иногда через всю опухоль проходили ветви крупных мозговых сосудов. В ряде случаев регистрировалась ошибочная, дополнительная, беспорядочно расположенная патологическая сосудистая сеть. Гистологически в ткани опухолей обнаруживалось большое количество новообразованных сосудов. Имелись некрозы разной величины с кровоизлиянием в них различных размеров и давности. В отдельных опухолях это были гематомы значительных размеров, расположенных как внутри, так и вне опухоли.

При КТ – и МРТ – исследовании с контрастным усилением в зоне опухоли выявлялись, как правило, участки пониженной и повышенной плотности, с различной степени перифокальным отеком вокруг очага, с неровными нечеткими краями.

Нейроэпителлиальные опухоли имеют патологически измененную сосудистую сеть, многочисленные некрозы и кровоизлияния в некротизированную ткань; от диапедезных до гематом обширных размеров. Очевидно, что мелкие кровоизлияния в ткани опухоли и за ее пределами могли появляться клинически редкими преходящими нарушениями мозгового кровообращения, но значительно чаще – остро развивающимися мозговыми инсультами.

При менингиомах (13/27,6%) преобладали транзиторные ишемические атаки (5/10,6%).

В связи с длительным периодом развития менингиом, характерным для этого вида опухолей, особенно для расположенных в функционально менее значительных областях мозга, эти симптомы выявлялись нередко у лиц пожилого возраста [11].

При этом, они часто сочетались с прогрессирующими сосудистыми заболеваниями (ДЭ), что являлось дополнительным моментом, осложняющим диагностику (4/8,5%) случаев.

При ангиографии установлено кровоснабжение менингиом из крупных артерий поверхности мозга. Характерно также участие в кровоснабжении опухолей ветвей из системы наружной сонной артерии. В свою очередь, ветви этих артерий внедрялись в оболочку опухоли, богато ее васкуляризируя и проникая в стromу. В связи с большими размерами менингиом, обнаружены смещения стволов мозга или их ветвей с нарушением проходимости в них.

Гистологически отмечалась различная степень васкуляризации самой опухоли, более обильная в ксантомных ее участках, однако свежие кровоизлияния обнаруживались редко.

При КТ – и МРТ – головного мозга менингиомы диагностировались в 95% случаев; отмечена сложность их дифференциальной диагностики с хроническими внутримозговыми гематомами. Всегда выявлялись ровные контуры, округлая форма и обширный отек вокруг опухоли, часто со смещением срединных структур мозга.

Наиболее вероятными механизмами нарушений кровообращения при менингиомах как в самой опухоли, так и в окружающем мозговом веществе, можно предположить следующее. Формируется синдром внутримозгового обкрадывания в результате обильной васкуляризации опухоли из круп-

ных сосудистых мозговых бассейнов. Другой механизм ишемии отдельных областей мозга связан с компрессией крупных мозговых сосудов растущей опухолью и обширным окружающим отеком. В результате выраженной перестройки сосудистой системы головного мозга формируется нестабильность общей гемодинамики (кардиальной, церебральной), нарушения ауторегуляции мозгового кровообращения с развитием новых, повторных церебральных сосудистых катастроф.

Клиническая симптоматика метастатических опухолей (15/32,0%) случаев проявлялась преобладанием геморрагических мозговых инсультов (5/10,6%), дисциркуляторных энцефалопатий (5/10,6%).

При ангиографии, метастатические опухоли проявлялись в виде узлов, состоящих из мелкососудистой сетки округлой формы. Капиллярная фаза была представлена в виде широких дренирующих вен. Вокруг очага сосудистой сетки имела бессосудистая зона. Крупные артерии мозга, подходящие к капсуле, могли участвовать в кровоснабжении метастаза. Как и первичные опухоли, крупные метастазы компримировали магистральные артерии головы. Гистологически в метастазе определялись патологически измененные клетки из первичных очагов различных опухолей (легкие, желудок, молочные железы). Характер сосудистых изменений в метастазе во многом определяется соотношением клеточных и сосудистых элементов. Наблюдалась опухоль с большими очагами некроза и обширным кровоизлиянием в них [9].

КТ-, МРТ – головного мозга выявило полиморфные очаговые изменения мозгового вещества. Наряду с гиподенсивными очагами, часто встречались гиперденсивные. В большинстве случаев они были множественные округлой формы, с отеком в виде нескольких перифокальных колец разных размеров. В очаге обнаруживались клетки, иногда наполненные жидкостью. Деструктивные изменения в ткани и сосудах метастазов могли вызвать клинику геморрагических инсультов; в то время, как компрессия внутримозговых сосудов – к развитию очаговых ишемических изменений в нем. Роль сосудистого фактора в клинической картине метастазирования в головной мозг, значительна. Затруднения диагностики возникают у онкологических больных пожилого возраста, которые часто страдают хроническим нарушением мозгового кровообращения.

Как видно, сопоставление клинической картины опухолей головного мозга с атипичным (псевдососудистым) течением с результатами клинкоинструментальных и патоморфологических исследований выявили корреляцию между характером этих симптомов и видом сосудистых нарушений в опухолях головного мозга, а также структурно-функциональными параметрами их сосудистого обеспечения. Предполагаемые при этом механизмы дисциркуляции (сосудистый фактор), действующие при опухолях головного мозга, могли реализоваться в виде клинических симптомов, свойственным различным формам церебро-васкулярной патологии.

Заключение: Дифференциация опухолевого и сосудистого заболевания головного мозга весьма затруднительна. Это связано с общностью многих симптомов и признаков, характерных как опухолям головного мозга, так и для церебро-васкулярной патологии. Отмечено также сходство некоторых показателей, полученных при инструментальных исследованиях. В основе этого фено-

мена лежать фактори, вероятно, различные по своей природе и действующие в разных сочетаниях.

Показано, что сосудистое обеспечение различных видов опухолей неоднозначно в количественном и качественном отношении. Установлено, что патологически измененные системы кровоснабжения и ангиоархитектоники опухолей может послужить морфологической основой нарушений кровообращения в самой опухоли и вещества головного мозга и обусловить атипичность клинического те-

чения как опухолевого, так и сосудистого заболевания головного мозга.

Приоритетными методами дифференциальной диагностики опухолей головного мозга остаются: динамика клинико-неврологических параметров, КТ-, МРТ- головного мозга в сосудистом режиме, церебральная ангиография.

Последовательность их применения определяется в зависимости от предполагаемой диагностической концепции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б., Левина Т.Я. Компьютерная томография мозга. – М. – 1986 – 283 с.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М. – 2001 – 327 с.
3. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. – М: Видар, 1997 – 472 с.
4. Крылов В.В., Лебедев В.В. Неотложная нейрохирургия. М. – 2000 – 568 с.
5. Мироненко Т.В. Дисциркуляторные энцефалопатии. Методические рекомендации. – Луганск. – 2004. – 37 с.
6. Мироненко Т.В., Сорокин Ю.Н., Бахтояров П.Д. Актуальные вопросы неврологии. – Луганск. – 2006. – 286 с.
7. Пулатов А.М. Сосудисто-мозговые инсульты и кризы с опухолеподобным течением. – М. – 1966. – 219 с.
8. Ромаданов А.П., Зозуля Ю.А., Соснов Ю.Д. Метастатические опухоли головного мозга – М. – 1985. – 198 с.
9. Самойлов В.И. Диагностика опухолей головного мозга. – М. – 1985. – 326 с.
10. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология. – М.: «Мед. – пресс – информ». – 2007. – 942 с.
11. Тигмиев Г.С., Олюшин В.Е., Кондратьев А.Н. Внутренне-черепные менингиомы. – С – Пб. – изд-во РНХИ им. Профессора Боленова, 2001 – 560 с.
12. Шмырев В.И. Клинический полиморфизм опухолевых и сосудистых заболеваний мозга: патологические особенности. Клиническая медицина, 1993. – №2. – С – 17-21
13. Danbolt N.C. Diagnoshcal methods in neurosurgery II Progr. Neuribiol – 2001 – Vol.65 - №1 – p. 1-15
14. Ojemann R.Y. Neurological surgery Eol by Youmans – Cn.129 – W.B. Saunders – 2007 – CD

Мироненко Т.В., Шамрай М.Г. К вопросу дифференциации опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 131-133.

Было обследовано 56 пациентов с атипичным течением опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга с исследованием клинико-неврологических, инструментальных, патоморфологических, статистических методов исследования. Установлено, что сосудистый фактор определяет полиморфизм клинической манифестации опухолей и метастазов в головной мозг. У 2/3 всех обследованных пациентов опухоль головного мозга дебютировала церебро-васкулярной патологией. Механизмы церебральных сосудистых нарушений являются очевидными. Показано, что сосудистое обеспечение различных видов опухолей неоднозначно. Выявлено, что патологически измененные системы кровоснабжения и ангиоархитектоники опухолей могут быть морфологической основой нарушений кровообращения в самой опухоли и вещества мозга и симулировать клинику церебро-васкулярных заболеваний. Диагностика опухолей и сосудистых заболеваний головного мозга должна базироваться на анамнезе динамики клинико-неврологических данных, КТ-, МРТ – головного мозга в сосудистом режиме, церебральной ангиографии.

Ключевые слова: опухоли, сосудистые заболевания головного мозга.

Мироненко Т.В., Шамрай М.Г. До питання про диференціацію пухлинних і судинних захворювань головного мозку // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 131-133.

Було обстежено 56 пацієнтів з атиповим перебігом пухлинних і судинних захворювань головного мозку з використанням клініко-неврологічних, інструментальних, патоморфологічних, статистичних методів дослідження. Встановлено, що судинний фактор приділяє поліморфізм клінічної манифестації пухлин і метастазів в головний мозок. В 2/3 обстежених пацієнтів пухлини головного мозку дебютували це ребро – васкулярною патологією. Механізм церебральних судинних порушень є очевидним. Вказано, що патологічно змінені системи кровозабезпечення та ангиоархитектоники пухлин можуть бути морфологічною підставою порушень кровообігу саме пухлин і мозкової речовини і симулювати клініку це ребро – васкулярних захворювань. Діагностика пухлин і судинних захворювань головного мозку повинна базуватися на анамнезі динаміки клініко-неврологічних даних, КТ-, МРТ – головного мозку в судинному режимі, церебральній ангиографії.

Ключові слова: пухлини, судинні захворювання головного мозку.

Myronenko T.V., Shamray M. G. To the question of differentiation of tumour and vascular diseases of cerebrum // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 6. – С. 131-133.

There were examined the 56 patients with the atypical flow of the tumor's and vascular diseases of the brain with using clinical – neurological, instrumental, patho – morphological, statistical methods. It is shown that vascular factor is determines the polymorphism in clinical manifestations of tumors and metastases to the brain. In 2/3 investigations the tumors of the brain were personated the cerebro – vascular pathology. Mechanisms causing cerebral circulation are certain. It is found that pathologically changed circulation and angioarchitecture of the tumors may contribute to a wide spectrum of clinical sings typical for vascular brain displaces. The conclusions are based on the analysis of the results obtained with present – day tecmiques of angio- and neurovisualization as well as autopsy examinations of the tumors.

Key words: tumours, vascular diseases of cerebrum.

Надійшла 13.09.2011 р.
Рецензент: проф. С.Є.Казакова

УДК 616. 8:61 – 057. 875

© Мироненко Т.В., Гайдаш М.К., 2011

НЕЙРО-ПСИХІЧНИЙ СТАТУС У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Мироненко Т.В., Гайдаш М.К.

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ. В умовах кредитно - модульної системи навчання, загально признана надмірна інтенсифікація навчального процесу в медичних вузах, що може розглядатися як стрес і потенційний фактор дезадаптації студентів.

У більшості випадків розмова йде тільки про доклінічні зміни, які не досягають ступеня, необхідно-

го для кваліфікації окремих форм патологічних невротичних або психічних розладів. Ця проблема потребує уваги як у клінічному, так і у профілактичному аспекті. Вона особливо значима в контексті професійного становлення особи майбутнього фахівця медика, психічне здоров'я якого виступає одним з важливих компонентів професійного статусу лікаря.