

ment of their communicative and creative skills. In our modern age the distance method gives a real opportunity for Ukrainian specialists to further career growth and check their knowledge. The method meets requirements and the changes required by the system of postgraduate education depending on the real world problems and imperatives. This is an important problem that should be further studied as well as supported in organization and financially.

Key words: postgraduate education, distance education, traineeship, information technologies.

Відомості про авторів:

Богослав Тетяна Вікторівна – к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та гастроентерології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Адреса: Запоріжжя, Запорож'є, ул.Чумаченко, 49/10; ул.Счастливая, 1, тел.: (0612) 52-85-53.

Кравченко Олена Олександрівна – к.мед.н., асистент кафедри нервових хвороб ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Адреса: Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20.

Кузнєцова Любов Пилипівна – д.мед.н., професор кафедри загальної практики – сімейної медицини та гастроентерології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Адреса: Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20.

Клименко Антоніна Володимирівна – д.мед.н., професор кафедри нервових хвороб ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Адреса: Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20.

Медведєв Володимир Веніамінович - д.мед.н., завідувач терапевтичним відділенням «Вітацентр». Адреса: Запоріжжя, вул. Седова, 3.

УДК 616.1/.4-058:616.8(07)

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

Ю.І. Головченко, О.І. Асауленко, Т.В. Колосова

**ПУХЛИНИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ
(Лекція)**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика

Вступ. Захворюваність пухлинами головного мозку складає 1 випадок на 10 000-20 000 населення. Приблизно у 20 % пацієнтів пухлина головного мозку або його оболонку представлена метастазами злоякісної пухлини іншої локалізації, яка залишається асимптомною.

Мета. Ознайомити слухачів циклів “Спеціалізація з неврології”, “ПАЦ з неврології”, тематичного удосконалення “Актуальні питання неврології”, а також лікарів-інтернів під час їх навчання з основними симптомами, диференційною діагностикою пухлин головного мозку.

Результати. Під час прослуховування лекції лікарі-інтерни, слухачі циклів отримують знання щодо перших ознак пухлин головного мозку, клініки первинних пухлин та метастазів в головний та спинний мозок, тощо. Також в режимі інтерактивного спілкування закріплюють знання, отримані під час лекції шляхом тестових запитань по темі лекції, які були попередньо роздані слухачам на руки.

Висновки. Складовою частиною покращення рівня підготовки лікарів-інтернів та слухачів циклів з питань діагностики та лікування пухлин головного мозку є лекційне заняття, яке проводиться під час навчання.

Ключові слова: пухлини, пухлина головного мозку, неврологія, післядипломна освіта.

В основі розвитку пухлин головного мозку лежать як загальні “гуморальні”, так і місцеві фактори. Вони пов’язані з ембріональним гістогенезом, що пояснює типову локалізацію пухлин різного типу та особливо високу частоту пухлин у тих відділах мозку, які розташовані в зоні змикання країв нервової трубки. Важливу роль відіграють також і генетичні механізми. Наприклад, розвиток мультиформної гліобластоми пов’язано з мутацією гену подавлення пухлинного росту LOH 10.

За гістологічними ознаками пухлини поділяються на первинні та метастатичні, за розташуванням в порожнині черепу: над твердою мозковою оболонкою та ті, що розташовані під твердою мозковою оболонкою; за локалізацією також поділяються на ті, що розташовані у мозковій речовині та ті, що знаходяться поза нею. Загальні клінічні особливості наведені в таблиці №1. До основних симптомів відносяться:

- невинно прогресуючий перебіг (слід зауважити, що подібний перебіг може спостерігатись також при запальних, рідше судинних захворюваннях, в той же час при крововиливі у пухлину можливий “апоплектиформний” перебіг),
- головний біль (постійний, дифузний, часто вночі, яка стихає протягом дня), у третини хворих головний біль є першим симптомом,
- ознаки підвищення внутрішньо-черепного тиску,
- психічні зміни (дратівливість, втомлюваність, погіршення пам’яті, нейропсихологічні розлади),
- епілептичні напади (частіше генералізовані, ніж фокальні), які в 25% випадків є першим симптомом пухлини.

Таблиця 1

Загальні клінічні особливості пухлин головного мозку

Симптоми	Перебіг	Результат неврологічного огляду
Головний біль	Невинно прогресивний, гострий початок у випадку крововиливу в пухлину	Вогнищеві неврологічні симптоми, нейропсихологічні та психопатичні розлади
Ознаки підвищеного внутрішньо-черепного тиску (блювота, брадикардія),		Порушення функцій черепно-мозкових нервів: застійні диски зорових нервів, вени розширені та разом з артеріями звиті.
Симптом Фостера-Кенеді		Спостерігається комбінація у вигляді первинної атрофії зорового нерву на стороні пухлини та застійні зміни диску зорового нерву на протилежній стороні.

Слід зауважити, що при розвитку застійних змін на очному дні (на відміну від атрофії та невриту зорових нервів) спостерігається зниження гостроти зору але не одразу, а спочатку має транзиторий характер (частіше хворий відмічає появу пелени перед очима, сітки).

Поява та вираженість крововиливів на очному дні, перехід застійних явищ в атрофію зорового нерву необхідно враховувати при визначенні локалізації пухлини, виборі методів лікування та визначенні прогнозу. Явища застою на очному дні швидше та різко виникають при локалізації пухлини в задній черепній ямці (мозочку), рідше в області при безпосередній близькості до зорового нерву (на межі між передньою та середньою черепною ямкою).

Ознаки вогнищового ураження головного мозку в більшості випадків приєднуються до описаних вище загальним симптомам. У частини пацієнтів вони дають змогу визначити локалізацію пухлини. При цьому можуть спостерігатися “несправжні” симптоми локалізації, які обумовлені “мас-ефектом”. Інтрацеребральні пухлини великих півкуль часто локалізуються в лобно-тім’яних долях, викликаючи гемісиндром та мовні розлади (особливо при локалізації зліва). Розлади психіки виявляються рано у вигляді: апатії, безініціативності, погіршення пам’яті, порушення мислення, поява некритичності. Можлива поява лобної атаксії, патологічного хватального рефлексу Янішевського та однобічної аносмії (при здавленні I пари ЧМН пухлиною). Пухлини лівої скроневої доли рано викликають сенсорну афазію, при локалізації пухлини в задніх відділах – амнестичну афазію. Також для локалізації пухлин цієї області характерні вестибулярні розлади (головокружіння, хиткість), яскраві слухові, смакові галюцинації, які можуть передувати судомним нападам.

При розповсюдженні пухлинного процесу на гіпокампу звивину у хворих спостерігається розлади пам’яті на найближчі події (запам’ятовування). Порушення полів зору бувають типовими для глибинної скроневої локалізації пухлин у вигляді різнойменної геміанопсії, іноді квадрантної внаслідок здавлення розташованого тут пучка Граціоле. Спостерігається геміпарез та геміанестезія на протилежній стороні тіла внаслідок здавлення ножки мозку. Іноді може з’являтися птоз на стороні вогнища в результаті здавлення окорухового нерву.

Пухлинне ураження потиличної доли призводить до появи однобічної квадрантної геміанопсії. При лівобічній локалізації можлива зорова агнозія. У таких хворих можуть виникати епілептичні напади, що починаються з зорової аури, повороту голови та очей в сторону, протилежну пухлині. Пухлини підкіркових вузлів довгий час можуть мати безсимптомний перебіг. При розвитку вони викликають різного роду гіперкінези та розлади, обумовлені здавленням внутрішньої капсули.

Пухлини епіфіза приводять до раннього статевого дозрівання, а при здавленні бугрів та колінчастих тіл викликають розлади слуху та зору. Пухлини гіпофізу розташовуються в області турецького сідла та можуть бути зв’язані з залозистою частиною (аденома) або з задньою долею, впливаючи на III шлуночок.

Одним з ранніх симптомів аденоми гіпофізу є бітемпоральна геміанопсія або бітемпоральна верхньоквадрантна геміанопсія та первинна атрофія зорових нервів. Рентгенологічно виявляється деформація турецького сідла, клінічно – ендокринні розлади та порушення обміну у вигляді адипозогенітальної дистрофії, ознак гіпофізарної недостатності з дистрофією шкіри, утворенням зморшок, порушенням функції залоз внутрішньої секреції, особливо щитоподібної залози та гонад (при хромосомній аденомі), акромегалії (при еозинофільній аденомі), синдрому Іценко-Кушинга (при базофільній аденомі, яке може супроводжуватись ураженням ядер гіпоталамуса), що через підвищену продукцію АКТГ та збільшену секрецію кортизону наднирниками проявляється ожирінням, артеріальною гіпертензією, остеопорозом, глюкозурією, гірсутизмом, аменореєю.

При здавленні III шлуночка у хворих з'являється головний біль, нудота, блювота.

Пухлини мозочка можуть локалізуватись в ділянці хробака або півкуль мозочка. Характерними клінічними проявами є порушення статики, мозочкова атаксія, застійні явища на очному дні, вимушене положення голови (при поворотах голови спостерігаються головокружіння, блювота, можливе порушення дихання через здавлення сітчастої субстанції та вегетативних ядер X пари ЧМН на дні четвертого шлуночка).

Пухлини мосто-мозочкового кута – це пухлини, які найбільш часто розвиваються з екстрацеребрального субтенторіальних новоутворень. Вони розташовуються на основі мозку (місце переходу моста в довгастий мозок, де надцими утвореннями нависає мозочок). Клінічно вони проявляються на стороні вогнища мозочковими порушеннями, ураженням ЧМН (частіше лицьовий та слуховий) та альтернуючим геміпарезом або тільки підвищенням рефлексів на протилежній стороні тіла. Пухлини стовбура мозку розвиваються, як правило, інфільтруючи тканину мозку. Проявляються спастичними гемі- та тетрапарезами, ураженням ЧМН (дисфагія, порушенням трійчастого нерву, периферійним парезом мимічної мускулатури), лицьовим геміспазмом, окоуховами розладами), бульбарним паралічом. Для цих пухлин характерний дуже повільний рост (протягом багатьох років) та значні компенсаторні механізми. Диференційна діагностика з іншими процесами, такими як судинними мальформаціями, стовбуровим енцефалітом або дебютом розсіяного склерозу, часто буває дуже важкою, проте, в дитячому віці стовбурові пухлини розвиваються доволі швидко та клініка подібна до стовбурового енцефаліту.

Діагностика. Вирішальними методами діагностики пухлини головного мозку сьогодні є КТ та МРТ. МРТ використовують в тих випадках, коли при наявності виражених ознак внутрішньочерепного об'ємного процесу КТ не виявляє змін (наприклад при інфільтративному рості астроцитом), або якщо симптоми вимушують запідозрити пухлинний процес у задній черепній ямці.

У всіх випадках слід враховувати, що відсутність змін на КТ не дозволяють виключити пухлину мозку, особливо пухлину з інфільтративним ростом. Тому при збереженні або наростанні симптомів дослідження слід повторити.

Склад спинно-мозкової рідини (СМР) часто залишається в межах норми, але при пухлинах, які розташовані поблизу шлуночків або поверхні мозку, спостерігається підвищення вмісту білку та числа клітин. Рівень білка завжди підвищується при невриномах слухового нерву. При цитологічному дослідженні осаду СМР в ньому можна виявити клітини пухлин. Оглядова рентгенограма черепа звичайно виявляє ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску, у вигляді поглиблення пальцевих вдавлень, розширення спинки турецького сідла з явищами остеопорозу, а при пухлині мозочка поглиблення задньої черепної ямки з витонченням потиличної кістки. Кальцифікована шишкоподібна залоза або кістки склепу черепа можуть бути зміщені. Спостерігається склерозування кісткової тканини при менингіомах або деструктивні зміни в кістках при метастатичних пухлинах. При менингіомах також можуть бути виявлені поглиблені судинні борозни. В деяких пухлинах виявляють кальцифікати (менингіоми, олігодендрогліоми, краніофарингеоми, папіломи судинного сплетіння, туберкуломи, ліпоми мозолистого тіла).

Література

1. Лосев Ю.А. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга / Лосев Ю.А. - МЕДпресс, СПб., 2013. - 202с.
2. Скворцова Т.Ю. Нейровизуализация опухолей головного мозга / Скворцова Т.Ю. - Персс-Информ — СПб., 2009.
3. Bernstein M. Low-grade gliomas / Bernstein M., Vampoe J. // Neurooncology. The Essentials. — New York, 2010. — Ch. 30. — P. 302—308.
4. Primary brain tumor incidens in four United States regions, 2010—2012: a pilot study / Davis F.G., Malinsky N., Haenszel W. [et al.] // Neuroepidemiology. — 2012. — Vol. 15. — P. 103—112.
5. Enam S.A. Malignant glioma / Enam S.A., Rock J.P., Rosenblum M.L. // Neurooncology. The Essentials. — New York, 2010. — Ch. 31. — P. 309—318.
6. Greenberg M.S. Handbook of Neurosurgery / Greenberg M.S. — 2001.
7. Yamada K. Diagnostic imaging / Yamada K., Soreusen A.G. // Neurooncology. The Essentials. — New York, 2000. — Ch. 6. — P. 56 —77.

Ю.И. Головченко, Е.И. Асауленко, Т.В. Колосова

Опухоли головного мозга (Лекция)

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Введение. Заболеваемость опухолями головного мозга составляет 1 случай на 10 000-20 000 населения. Примерно у 20% пациентов опухоль головного мозга или его оболочек представлена метастазами злокачественной опухоли другой локализации, которая остается асимптомной.

Цель. Ознакомить слушателей циклов "Специализация по неврологии", "ПАЦ по неврологии", тематического усовершенствования «Актуальные вопросы неврологии», а также врачей-интернов во время их обучения с основными симптомами, дифференциальной диагностикой опухолей головного мозга.

Результати. При прослушиванні лекції лікарі-інтерни, слухачі циклів отримують знання стосовно перших ознак пухлин нервової системи, клініки первинних пухлин і метастазів в головному і спинному мозку. Також в режимі інтерактивного спілкування закріплюють знання, отримані в час лекції шляхом тестових запитань по темі лекції, які були попередньо роздані слухачам на руки.

Висновки. Складовою частиною покращення рівня підготовки лікарів-інтернів і слухачів циклів по питаннях діагностики і лікування пухлин головного мозку є лекційне заняття, яке проводиться в час навчання.

Ключові слова: пухлики, пухлина головного мозку, неврологія, післядипломна освіта.

Yu.I. Golovchenko, O.I. Asaulenko, T.V. Kolosova
Brain tumors (Lecture)

Shupik National Medical Academy for Postgraduate Education

Introduction. The incidence of brain tumors is 1 in 10 000-20 000. Approximately 20% of patients with a brain tumor or its metastases presented shells cancer at other sites, which remains asymptomatic.

Purpose. Introduce doctors who studied on thematic improvement "Actual issues of Neurology", as well as medical interns during their training with the main symptoms, the differential diagnosis of brain tumors.

Results. When listening to lectures medical interns, students gain knowledge of cycles relative to the first signs of brain tumors, clinics primary tumors and metastases in the brain and spinal cord. Also in interactive communication perpetuate the knowledge gained during lectures by test questions relating to lectures, which were previously distributed to the audience at hand.

Conclusions. An integral part of improving the level of training of interns and trainees cycles on the diagnosis and treatment of brain tumors is the lectures, which is held during the training.

Key words. tumor, brain tumor, neurology, post-graduate training.

Відомості про авторів:

Головченко Юрій Іванович – д. мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Ризька,1, КМКЛ №9, тел.: (044) 440-10-44.

Асауленко Олена Ігорівна – завуч кафедри неврології №1, доцент, НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Ризька,1, КМКЛ №9, тел.: (044) 440-10-44.

Колосова Тетяна Володимирівна – доцент кафедри неврології №1 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: Київ, вул. Ризька,1, КМКЛ №9, тел.: (044) 440-10-44.