

НЕЙРОХІРУРГІЯ

УДК 616 — 073916:616.073.756.8:616.831-006-07

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ СУПРАТЕНТОРІАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ З ІНСУЛЬТОПОДІБНИМ ПЕРЕБІГОМ.

О. М. Гончарук, Я. Ю. Фрейдман, Ю. М. Перекопайко
Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної
допомоги, м. Київ

Вступ. Диференційна діагностика пухлин головного мозку з інсультподібним перебігом та гострого геморагічного чи ішемічного інсульту залишається однією з найбільш актуальних та складних проблем в нейрохірургії та неврології.

Мета: вивчити особливості клініки та діагностики пухлин головного мозку супратенторіальної локалізації з інсультподібним перебігом для покращення результатів лікування.

Матеріали та методи. Робота ґрунтується на аналізі результатів клінічного перебігу і діагностики 176 хворих віком від 24 до 82 років, з інсультподібним типом перебігу пухлин головного мозку супратенторіальної локалізації, котрі лікувались в клініці невідкладної нейрохірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛ ШМД) з 2008 по 2015 рік.

Результати. Переважали хворі молодого — 53 (30,11 %) і середнього — 82 (46,59 %) віку. Літнього віку було 27 (15,34 %) хворих і 14 (7,95 %) — старечого віку. За гістологічною структурою найбільш часто виявлялись фібрилярні астроцити — 23 (13,06 %), гліобластоми — 98 (55,68 %), менінгіоми — 20 (11,36 %), метастатичні пухлини — 35 (19,88 %).

Висновки. Для диференціальної діагностики гліальних пухлин з інсультподібним перебігом з гострими порушеннями мозкового кровообігу необхідно враховувати клініку, дані комп'ютерної, магнітно — резонансної томографії, клініко — томографічне співставлення та спостереження в динаміці.

Ключові слова: клінічний перебіг, діагностика, інсульт, пухлини.

Вступ. Диференційна діагностика пухлин головного мозку з інсультоподібним перебігом та гострого геморагічного чи ішемічного інсульту залишається однією з найбільш актуальних та складних проблем в нейрохірургії та неврології. Своєчасне та адекватне вирішення цієї проблеми є запорукою вірного вибору лікувальної тактики, а отже і результатів лікування. Навіть сучасні методи діагностики захворювань центральної нервової системи не завжди та не повною мірою дають можливість визначити характер патології. Останнє обумовлено подібністю клінічних проявів пухлин та інсультів (рівень порушення свідомості, ступінь та глибина вогнищевого дефіциту, менінгіальний синдром, загально мозкові симптоми: головний біль, нудота та блювання, порушення свідомості, інтелектуально-мнестичні та психічні розлади). Діагностичні труднощі виникають внаслідок неспецифічних змін при дослідженні очного дна та при аналізі спинномозкової рідини, а в окремих випадках подібність результатів комп'ютерної томографії, та магнітно-резонансної томографії порівняно з аналогічними формами інсульту. Раптовий початок, важкий стан хворих та відсутність онконастороженності призводить до несвоєчасної діагностики і не адекватної терапії.

Мета: вивчити особливості клініки та діагностики пухлин головного мозку супратенторіальної локалізації з інсультоподібним перебігом для покращення результатів лікування.

Матеріали і методи дослідження. Робота ґрунтується на аналізі результатів клінічного перебігу і діагностики 176 хворих віком від 24 до 82 років, з інсультоподібним типом перебігу пухлин головного мозку супратенторіальної локалізації, котрі лікувались в клініці невідкладної нейрохірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛ ШМД) з 2008 по 2015 рік. Більшість хворих доставлена бригадами швидкої медичної допомоги з діагнозом гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), рідше хворі були переведені з неврологічних відділень та направлені поліклініками.

Вивчалися особливості неврологічних проявів та соматичних розладів. Важливе значення мали сучасні методи нейрові-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

зуалізації — комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ультразвукова доплерографія (УЗДГ). Комп'ютерна томографія проводилася при поступленні, на 3,5-12-17 добу з внутрішньовенним контрастуванням.

Результати. Переважали хворі молодого — 53 (30,11 %) і середнього — 82 (46,59 %) віку. Літнього віку було 27 (15,34 %) хворих і 14 (7,95 %) — старечого віку. За гістологічною структурою найбільш часто виявлялись фібрилярні астроцити — 23 (13,06 %), гліобластоми — 98 (55,68 %), менінгіоми — 20 (11,36 %), метастатичні пухлини — 35 (19,88 %).

За часом розвитку первинних клінічних проявів розрізняли: найгостріші — (від 1 до 12 годин) — 26 хворих, гострі (12 — 48 годин) — 81 хворий, відстроковані — (48 годин і більше) — 69 хворих.

Основними клінічними проявами пухлин з інсультподібним перебігом був стрімкий розвиток неврологічного дефіциту (парез, плегія, чутливі або мовні порушення), порушення свідомості. На глибину неврологічного дефіциту впливали такі фактори, як: локалізація пухлини в моторних або сенсорних зонах кори головного мозку, внутрішній капсулі, пірамідних шляхах. Стан хворих погіршувався раптово, симптоми випадіння виникали одразу, на відміну від інших випадків у яких відмічена поступова, від декількох годин до кількох днів, наростання симптоматики. Загальнономозкові симптоми: головний біль, нудота та блювання, порушення свідомості, психічні розлади спостерігалися дещо рідше. Головний біль в основному мав розлитий характер, проте в деяких випадках мав локальний характер, що корелювало з розташування пухлин щодо оболонок мозку. Нудоту та блювання виявлено при значних явищах внутрішньочерепної гіпертензії, пов'язаної зі значним об'ємом пухлини, порушенням ліквороциркуляції, крововиливах в пухлину, значному компресійно-дислокаційному синдромі та вираженому набряку речовини головного мозку. Порушення свідомості (приглушення, сопор, кома) мало місце при крововиливах в пухлину або в шлуночкову систему, множинних метастазах, дифузнопроростаючих серединні структури, гліальних пухлинах із зоною значного перифокального набряку. Необхідно відмітити клінічний ефект протинабрякової терапії із регресом не

тільки загально мозкової, а й частково вогнищевої симптоматики, проте цей результат був тимчасовим.

Фібрилярні астроцитомі: у діагностично складних випадках, а також з метою уточнення локалізації і відношення пухлини до оточуючих тканин (мозок, тверда мозкова оболонка, синуси та ін.) проводили МРТ. При цьому часто виявляли додаткові вогнища пухлини, новоутворені судини, більш чітко відокремлювалась тканина пухлини, з'ясовували її відношення до функціонально важливих структур мозку. Фібрилярні астроцитомі (17 випадків) проявлялись на МРТ у вигляді зони гомогенного сигналу (гіпо- або ізо-інтенсивного в T1-режимі і гіперінтенсивного в T2, з незначною зоною набряку).

Менінгіоми ускладнювались геморагічними порушеннями в дебюті захворювання, у 8 хворих, спостерігались судомні, епілептичні напади.

Гліобластоми виявлялися на КТ у вигляді зони зниженої щільності без чіткого відмежування від неушкодженої тканини мозку, однорідної (для відносно доброякісних пухлин) або гетерогенної щільності, з наявністю вогнищ кістозної дегенерації, некрозів, крововиливів, розвитком значного перифокального набряку (характерно для більш злоякісних пухлин). При внутрішньовенному контрастуванні відзначалося накопичення контрастної речовини тканиною пухлини (підвищення її щільності на томограмах, що дозволяє більш чітко відокремити тканину пухлини від зони набряку та неушкодженого мозку), часто у вигляді неоднорідних вогнищ, напівкілець, кілець з нерівним внутрішнім контуром та ін. Доброякісні дифузні астроцитомі мали, як правило, низьку схильність до накопичення контрасту, тому для диференціації їх з ішемічним інсультом враховували стадію та термін від початку захворювання.

Крововиливи в пухлину (46 випадків) спостерігалися, як правило, при злоякісній їх природі (гліоми або метастази), при цьому виникали значні труднощі при диференціальній діагностиці з геморагічною або змішаною формою інсульту. На КТ виявляли значний набряк і дислокацію мозкових структур, стан хворих був важким. Для встановлення діагнозу враховували відношення крововиливу до основних судинних басейнів, множинність та форму крововиливу, характер змін щільності

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

оточуючих тканин, стадії та термін від початку захворювання, наявність супутньої патології (гіпертонічна хвороба, захворювання крові, онкоанамнез та ін.) У восьми випадках встановлено крововиливи в доброякісні пухлини — менінгіоми.

Для виявлення метастатичного ушкодження мозку метод МРТ є більш інформативним (особливо в режимі T2), ніж КТ. Томографічна картина залежить від гістологічної структури метастазу: здебільшого це вогнища ізo- або слабгоіпоінтенсивного сигналу в T1 і гіперінтенсивного в T2 з ділянкою некрозу в центрі (гіпоінтенсивною в T1 і гіперінтенсивною в T2).

При крововиливах в пухлину, дані МРТ досить різноманітні; це залежить від часу після крововиливу, співвідношення ділянок крововиливу та просякнення кров'ю тканини пухлини і мозку, відкладення гемосидерину та ін. Необхідно враховувати вираженість мас-ефекту, чіткість контуру крововиливу, ступінь накопичення контрасту по периферії, тощо.

В деяких випадках, навіть за умови проведення всього комплексу сучасних методів дослідження (в тому числі КТ та МРТ), розпізнавання пухлин з інсультоподібним перебігом значно утруднено. Так, у 16 хворих діагноз пухлини було встановлено лише з урахуванням контрольних КТ або МРТ, клініко-інструментальних співставлень і спостереження в динаміці (при повторному їх зверненні або у разі розвитку повторного ГПМК).

Розвиток у хворих судомних нападів, як фокальних, та і генералізованих, виявлено найчастіше при локалізації пухлин в скроневій ділянці, при локально компресуючій дії пухлини на кору, при проростанні пухлиною кори головного мозку. У хворих з інсультами судомні напади спостерігаються досить рідко, що акцентує увагу лікарів до більш прискіпливого обстеження. Диференційно-діагностичним критерієм є і відсутність клінічного ефекту при адекватній терапії інсульту. Діагностичний алгоритм в таких випадках включав в себе спостереження в динаміці, КТ та МРТ головного мозку, УЗДГ, КТ ангіографія.

Менінгеальні симптоми виявлено в основному при крововиливах в пухлину, обструкції лікворопровідних шляхів. Зміни на очному дні не завжди співпадали з результатами КТ та МРТ та в основному з'являлися в більш пізньому періоді. Враховуючи той факт, що основна частина хворих госпіталізовувалась з діагно-

зом ГПМК в протокол обстеження включалось УЗДГ. Для пухлин характерними були відсутність ознак стенотичного ураження судин голови та шиї, збереження еластико-тоничних властивостей судинної стінки, непрямі ознаки внутрішньочерепної гіпертензії.

Найбільш інформативними є КТ та МРТ головного мозку, хоча в деяких випадках диференційна діагностики пухлин з інсультоподібним перебігом та гострих порушень кровообігу значно утруднена.

В складних випадках диференціальної діагностики застосовували протинабрякову, дегідратаційну та неспецифічну протизапальну терапію, контроль і корекцію артеріального тиску, електролітів і газів крові. При пухлинах, як правило, спостерігали покращання стану хворих в 1-шу — 2-гу добу. Проводили обстеження внутрішніх органів, корекцію серцево-судинної діяльності. Оцінка результатів обстеження і вибір лікувальної тактики мають бути ґрунтовані лише на комплексному врахуванні та ретельному аналізі даних анамнезу, клінічного огляду та перебігу захворювання, результатів всіх доступних методів обстеження, врахування ефекту від проведеної терапії.

Висновки. Для диференціальної діагностики гліальних пухлин з інсультоподібним перебігом з гострими порушеннями мозкового кровообігу необхідно враховувати клініку, динаміку перебігу захворювання, дані комп'ютерної та магнітно — резонансної томографії та клініко — томографічне співставлення та спостереження в динаміці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зозуля І. С. Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога: підручник / І. С. Зозуля, В. І. Боброва [та ін.]; за редакцією І. С. Зозулі. — К.: ВСВ «Медицина». — 2017. — С. 371 — 377.
2. Поліщук М. Є. Крововиливи в задню черепну ямку / Поліщук М. Є., Гончарук О. М., Обливач А. А. [та ін.]. — К. «Книгаплюс». — 2012. — С. — 75 -147.
3. Almenawer S. The value of scheduled repeat cranial computed tomography after mild head injury: single-center series and meta-analysis / S. Almenawer, I. Bogza, B. Yarascavitch, N. Sne [et al] // J. Neurosurgery. — 2013. —V.72 . — P. 56–64.
4. Anandalwar S. Eliminating unnecessary routine head CT scanning in neurologically intact mild traumatic brain injury patients: implementation and evaluation of a new protocol / S. Anandalwar, C. Mau, C. Gordhan, N. Majmundar, [et al] // J. Neurosurgery. — 2016. — V.32. — P. 1–7.
5. Berrington de González A. Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007 / A. Berrington de González, M. Mahesh, K. Kim, M. Bhargavan [et al] // J. Arch Intern Med. — 2009 . — V.169. — P. 2071–2077.

6. National Research Council of the National Academies: BEIR VII: Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation. — Washington, DC. — National Research Council of the National Academies. — 2005. — P. 114.

**Особенности клиники и диагностики
опухолей мозга супратенториальной локализации
с инсультоподобным течением**

А. Н. Гончарук, Я. Ю. Фрейдман, Ю. Н. Перекопайко

Национальная медицинская академия последиplomного
образования имени П. Л. Шупика, г. Киев,

Киевская городская клиническая больница скорой
медицинской помощи, г. Киев

Введение. Дифференциальная диагностика опухолей головного мозга с инсультоподобным течением и острым геморрагическим или ишемическим инсультом остается одной из наиболее актуальных и сложных проблем в нейрохирургии и неврологии. Своевременное и адекватное решение этой проблемы является залогом верного выбора лечебной тактики, а следовательно и результатов лечения.

Цель. Изучить особенности клиники и диагностики опухолей головного мозга супратенториальной локализации с инсультоподобным течением для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Работа основывается на анализе результатов клинического течения и диагностики 176 больных в возрасте от 24 до 82 лет, с инсультоподобным типом течения опухолей головного мозга супратенториальной локализации, которые лечились в клинике неотложной нейрохирургии Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи (КГКБ СМП) с 2008 по 2015 год.

Результаты. Преобладали больные молодого — 53 (30,11 %) и среднего — 82 (46,59 %) возраста. Пожилого возраста было — 27 (15,34 %) больных и 14 (7,95 %) — старческого возраста. По гистологической структуре наиболее часто выявлялись фибриллярные астроцитомы — 23 (13,06 %), глиобластомы — 98 (55,68 %), менингиомы — 20 (11,36 %), метастатические опухоли — 35 (19,88 %).

Выводы. Для дифференциальной диагностики глиальных опухолей с инсультоподобным течением с острыми наруше-

ниями мозкового кровообращения необходимо учитывать клинику, динамику течения заболевания, данные компьютерной, магнитно-резонансной томографии, клинико-томографическое сопоставление и наблюдения в динамике.

Ключевые слова: клиника, диагностика, инсульт, опухоли.

Clinical diagnosis of supratentorial brain tumors with stroke-like course

O. M. Goncharuk, Y. Y. Freidman, Y. M. Perekopaiko

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Kyiv,
Kyiv City Clinical Emergency Hospital, Kyiv

Introduction. Differential diagnosis of brain tumors with stroke-like course and acute hemorrhagic or ischemic stroke remains one of the most pressing and difficult problems in neurosurgery and neurology. A timely and adequate solution to this problem is the key to selecting the correct treatment strategy, and thus to beneficial outcomes.

Goal. To study clinical features and diagnostics of supratentorial brain tumors with stroke-like course in order to improve outcomes.

Materials and methods. The work is based on the results of the clinical course and diagnosis of 176 patients aged 24 to 82 years with stroke-like course of supratentorial brain tumors who underwent the treatment in emergency neurosurgery clinic of Kyiv City Clinical Emergency Hospital from 2008 to 2015 .

Results. There dominated young — 53 (30.11 %) and middle-aged patients 82 — (46.59 %). 27 (15.34 %) and 14 (7.95 %) individuals were elderly and senile patients, respectively. Among more often found histological structures were fibrillary astrocytoma — 23 (13.06 %), glioblastoma — 98 (55.68 %) meningioma — 20 (11.36 %), and metastatic tumors — 35 (19.88 %).

Conclusions. Differential diagnosis of glial tumors in patients who present acutely with a stroke-like course and cerebrovascular events requires considering a clinical presentation, dynamics of the disease course, data of computer and magnetic — resonance imaging as well as comparison of clinical tomography data and follow-up.

Key words: clinical course, diagnosis, stroke, cancer.

Відомості про авторів:

Гончарук Оксана Миколаївна — доктор медичних наук, професор, професор кафедри нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Фрейдман Ян Юрійович — лікар-нейрохірург, аспірант кафедри нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Перекопайко Юрій Миколайович — клінічний ординатор, кафедра нейрохірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 616.714.33-006-089

**СУБКРАНІАЛЬНИЙ ДОСТУП В ХІРУРГІЇ ПУХЛИН
ДНА ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕПНОЇ ЯМКИ**

**О. І. Паламар¹, А. П. Гук¹, Д. І. Оконський¹, Д. С. Тесленко¹,
Р. В. Аксьонов¹, А. В. Муравський²**

¹ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова
НАМН України», м. Київ,

²Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ

Вступ. Традиційним методом хірургічного лікування пухлин дна передньої черепної ямки є біфронтальний доступ, однак при цьому часто виникають труднощі із видаленням екстракраніального компоненту пухлини. Ці складнощі вирішуються із використанням трансбазального доступу Derome, який в свою чергу є травматичним та тривалішим. Нами запропонована модифікація трансбазального доступу Derome, зокрема його малоінвазивний варіант — субкраніальний доступ (через лобну пазуху, який дає можливість зменшити кількість ускладнень та отримати адекватну візуалізацію пухлини).

Мета. Покращити результати хірургічного лікування хворих із пухлинами передньої черепної ямки, що можуть мати інтра-