

Супратенториальные опухоли головного мозга

Супратенториальные опухоли головного мозга

- Супратенториальные опухоли головного мозга представляют собой новообразования, возникающие в верхних частях головного мозга.

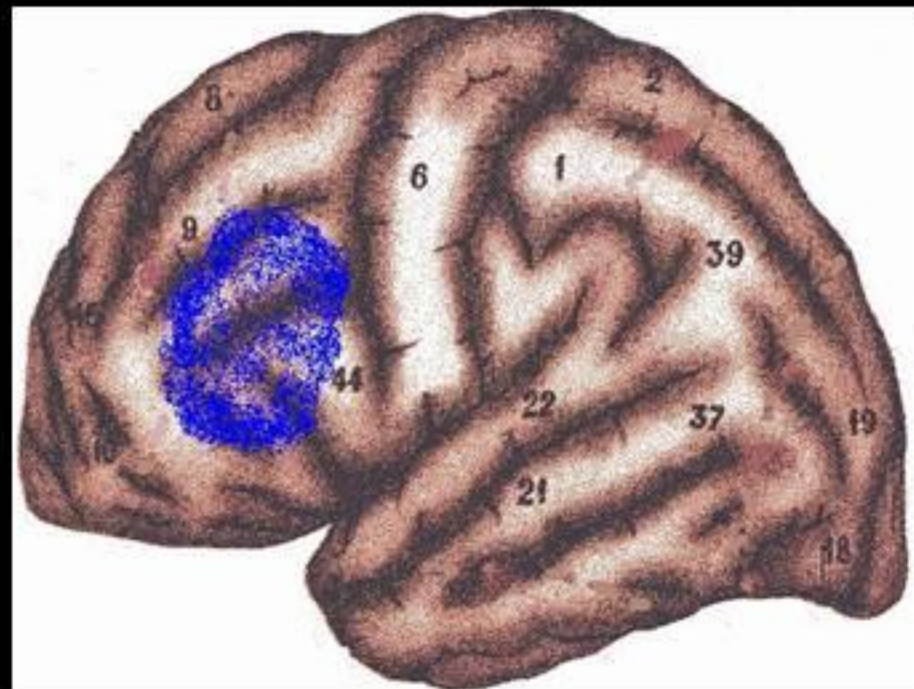
- Клинические особенности очаговых симптомов, как правило, связаны с расположением опухоли в определенной доле мозга

Опухоли лобной доли

- Эта доля занимает значительную часть большого полушария, распространяясь кпереди от роландовой борозды, а по основанию достигает воронки гипофиза и сильвиевой щели. Для опухолей лобных долей характерны следующие симптомы:
- эпилептические припадки, чаще первично генерализованные, реже - фокальные;
- грубое нарушение психики, которое называется лобной психикой и включает в себя изменения настроения, поведения и личности (речь изобилует «плоскими шутками»);
- расстройства координации движений в виде лобной атаксии – нарушения стояния (астазия) и ходьбы (абазия);
- моторная афазия (при поражении доминантного полушария);
- нарушение обоняния в виде гипосмии, аносмии (при локализации опухоли на основании лобной доли);
- гиперкинезы - непроизвольные движения;
- симптомы подкорковых автоматизмов

Клиника опухолей лобной доли

- Очаговые симптомы – **эпилептические припадки**. В преmotorной зоне (поля 6, 8) припадки носят **адверсивный характер**, начинаясь с тонико-клонических судорог в противоположных конечностях (поле 6) или возникает насильственный поворот головы и глаз в сторону (поле 8), с последующей генерализацией судорог.



- Очень характерно для локализации опухоли в лобной доле нарушение высших мозговых функций. Больные часто заторможены, оглушены, малоактивны. При этом сохраняется сознание и ориентировка. Отмечаются бедность речи, некритичное отношение к окружающему (апатико-абулический синдром). При более низком (базальном) расположении новообразования растормаживаются низшие инстинкты: у больного наблюдаются приступы прожорливости, эйфории, речь изобилует циничными выражениями, в поведении много «дурашливости», он перестает следить за своим внешним видом.
- Расстройства обоняния могут быть одно- или двусторонними. Вначале нарушается дифференциация запахов, затем развивается гипосмия вплоть до аносмии.

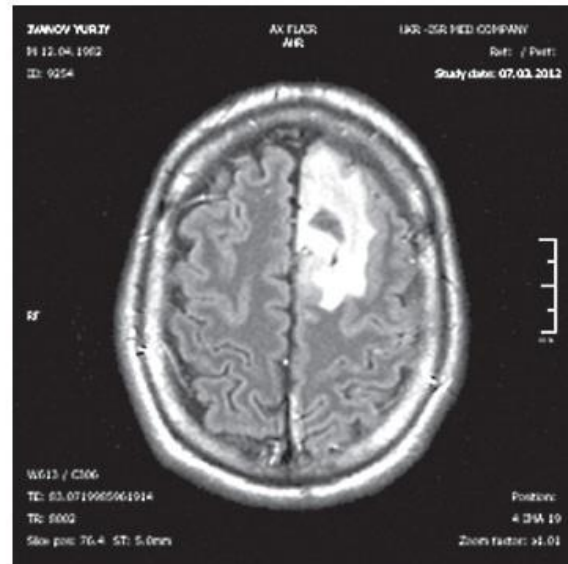
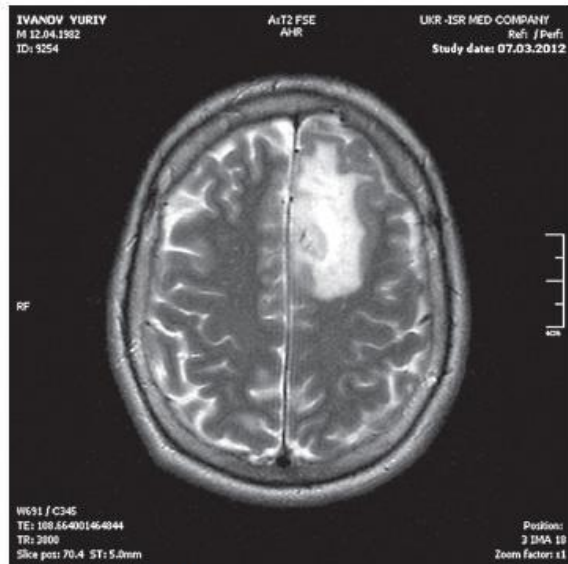
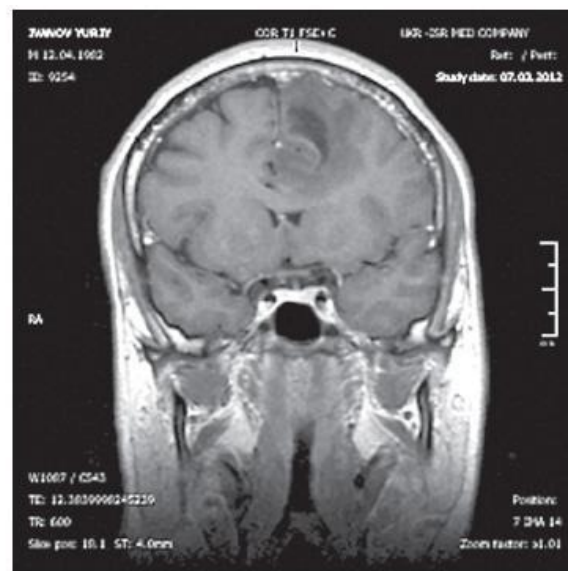
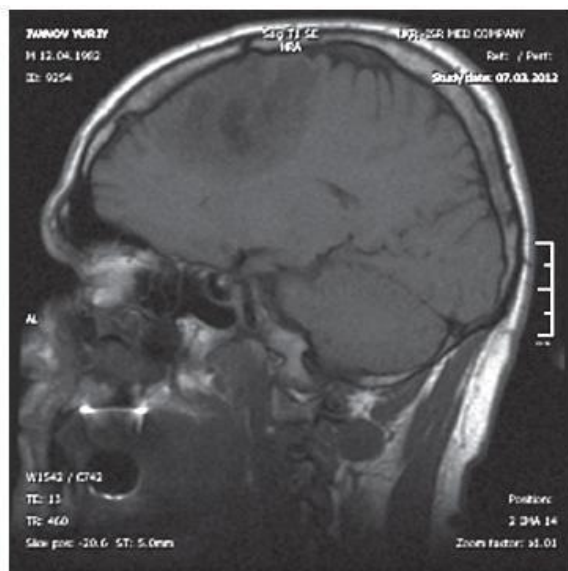


Рисунок 1. МРТ головного мозга: в левой лобной доле определяется гетерогенное образование, гиперинтенсивное в режимах T2-ВИ и T2-FLAIR (с гипоинтенсивной кистозной зоной в структуре), гипоинтенсивное в T1-ВИ, неправильной формы, с нечеткими бугристыми контурами, размером 28 × 23 × 18 мм, с выраженным перифокальным отеком. После внутривенного усиления (гадовист – 7,5 мл) отмечается слабое накопление контраста в кистозной зоне патологического образования. Межполушарная щель в лобной области смещена вправо до 6 мм. Кортикальные борозды в левой лобной доле сглажены. Желудочковая система обычной формы, боковые желудочки расположены симметрично, их размеры – 5 мм (справа) и 8 мм (слева), III и IV желудочки расположены по срединной линии, их размеры – 3 мм и 10 мм соответственно

Опухоли центральной извилины

- Для этой локализации характерны двигательные или чувствительные нарушения. Вариант этих расстройств зависит от преимущественного расположения патологического процесса в районе передней (двигательные нарушения) или задней (чувствительные расстройства) центральных извилин. Распространенность очаговых симптомов зависит от места поражения извилины, имеющей четкое соматотопическое обеспечение функций: в нижней зоне представлена голова, в средней - рука, в межполушарной щели - нога. Одновременно повышается тонус мышц конечностей, оживляются глубокие рефлексy, появляются клонусы стоп и патологические знаки (Россолимо-Вендеровича, Бабинского, Бехтерева, Оппенгейма и др.). Поражение нижних отделов передней центральной извилины доминантного полушария с захватом зоны Брока проявляется моторной афазией. Сдавление опухолью задней центральной извилины вызывает расстройства чувствительности, также соответствующие

- Для новообразований передней и задней центральных извилин характерно возникновение эпилептических припадков и виде последовательного вовлечения в приступ все новых и новых групп мышц (имеется марш двигательного джексоновского припадка) или чувствительных зон лица, конечностей, туловища

Опухоли височной доли

- Поражение височной доли субдоминантного полушария (правой у правшей) может не сопровождаться возникновением очаговых симптомов за исключением только левосторонней верхнеквадрантной гемианопсии. В этом случае у больных ведущими становятся симптомы повышения внутричерепного давления. Очаговые неврологические расстройства обычно проявляются эпилептическими припадками. Нередко возникают зрительные (яркие, цветные, образные), слуховые и обонятельные галлюцинации, обусловленные поражением ассоциативных связей в глубоких отделах височной доли. Придавливание ко дну средней черепной ямки и мозжечковому намету глазодвигательного нерва сопровождается появлением расходящегося косоглазия, птоза верхнего века, нарушением движений глазного яблока вверх, книзу, расширением зрачка.

- Эпилептические припадки чаще имеют так называемый вариант височного типа (отключения сознания - абсансы). Припадку может предшествовать обонятельная, слуховая или зрительная аура. При поражении задних отделов височной доли доминантного полушария (зона Вернике) возникает сенсорная афазия: больные излишне говорливы, даже болтливы, но речь становится непонятной, поскольку заменяются буквы или неправильно расставляются слова (словесная «окрошка»). Для этой локализации новообразования характерна амнестическая афазия - выпадает способность определять названия предметов

Опухоли верхней теменной дольки

- Верхняя теменная доля в функциональном отношении близка к задней центральной извилине. Однако соматотопическая дифференциация здесь не столь отчетлива, как в задней центральной извилине. Основными симптомами раздражения коры этой доли являются парестезии, иногда с болевым оттенком, захватывающие всю противоположную половину тела, иногда только руку. Симптомы выпадения представлены нарушением мышечно-суставной чувствительности и ощущений положения руки в пространстве. Возможна апраксия в противоположной от пораженного полушария руке.

Опухоли нижней теменной дольки

- Нижняя теменная доля обеспечивает сложные аналитические функции: формирует зрительно-пространственные ощущения, праксис и связанные с ними счетные, графические и грамматические операции. При их нарушении возникают соответственно акалькулия, аграфия, алексия. При присоединении к этим нарушениям пальцевой агнозии и право-левой ориентировки развивается синдром Герстмана. Характерным симптомом для поражения нижней теменной доли считается астереогноз: при ощупывании с закрытыми глазами больной сообщает отдельные свойства предмета, но не может его узнать. Поражение этой доли вызывает апраксию не только руки, но и оральных мышц (затрудняются сложные движения губами, языком). Частым симптомом при этой локализации опухоли является семантическая афазия, т.е. утрачивается понимание точной грамматической структуры фразы и смысла некоторых выражений, например, больной не может объяснить разницу между понятиями «отец брата» и «брат отца». Могут наблюдаться нарушения схемы собственного тела.
- Нередко опухоль разрушает всю теменную долю. Клиническая картина включает сочетания изложенных выше симптомокомплексов.

Опухоли затылочной доли

- Раздражение затылочной доли вызывает простые нецветные зрительные галлюцинации - фотопсии в противоположных половинах полей зрения. Разрушение этой области сопровождается гомонимной гемианопсией с сохранением центрального зрения и зрачковых реакции на свет. Выявляется расстройство цветоощущения.
- В результате дислокации и сдавления четверохолмия и водопровода мозга затрудняется ликвороциркуляция, что приводит к гипертензионно-дислокационному синдрому с головной болью и застойными дисками зрительных нервов.

Опухоли боковых желудочков

- могут располагаться в передних и задних их отделах. При локализации новообразований в передних отделах бокового желудочка рано закрывается отверстие Монро и сравнительно быстро или внезапно наступает гипертензионно-гидроцефальный приступ с резкой головной болью, тошнотой, рвотой, головокружением. Часто рано развивается застой на глазном дне. Сильные приступы головной боли могут сопровождаться гипертермией тела, кратковременной потерей сознания, «вынужденным» положением головы.
- В отличие от предыдущей локализации для опухолей в задних отделах бокового желудочка более характерно медленное развитие болезни с редкими и умеренно выраженными, постепенно нарастающими головными болями. Гипертензионно-гидроцефальные кризы возникают в запущенной стадии заболевания. В этот период часто наблюдаются первичногенерализованные эпилептические припадки.

Краниофарингиомы (опухоли кармана Ратке)

- составляют 2-7% всех внутричерепных опухолей и растут из оставшихся нередуцированных элементов эмбрионального краниофарингеального кармана Ратке. Опухоли образуются из многослойного плоского эпителия кожного типа и являются дизэмбриогенетическими. Наиболее часто опухоль развивается в детском и юношеском возрасте и проявляется адипозогенитальным синдромом или в редких случаях гипофизарным нанизмом с различной степенью отставания в росте, недоразвитием скелета, инфантилизмом и отсутствием вторичных половых признаков. У взрослых опухолевый процесс протекает с гипогенитальными и зрительными нарушениями. Клиническая картина заболевания очень напоминает картину аденомы гипофиза. На краниограммах над турецким седлом в 80% случаев выявляются отложения солей кальция. Диагностику заболевания проводят по клиническим и рентгенологическим данным, а также с помощью КТ, МРТ и ПЭТ. Лечение - транскраниальная операция и цитотоксическое лечение. При неудаляемых опухолях применяют паллиативные оперативные вмешательства - ликвороршунтирующие операции.

