

УДК:616-006.04

**ИНСУЛЬТОПОДОБНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

<sup>1</sup>Рузикулов М.М., <sup>1</sup>Рахимов И.И., <sup>1</sup>Абдусотторов А.А., <sup>2</sup>Бурнашев М.И.

<sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт

<sup>2</sup>Республиканский специализированный научно-практический Медицинский центр нейрохирургии

*Резюме*

*Цель работы. Изучить особенности инсультоподобного клинического течения опухолей головного мозга на основании клинико-неврологического, патоморфологического и нейровизуализационного исследований.*

*Материалы и методы. В исследование были включены 51 пациент (средний возраст 48±10,6 года, из них 26 женщин и 25 мужчин) с атипичным (инсультоподобным) течением опухолевых заболеваний головного мозга. В процессе наблюдения были использованы общеклинические, неврологические, нейровизуализационные (КТ, МРТ головного мозга), морфологические методы исследования.*

*Результаты исследования. Клинико-инструментальные сопоставления у пациентов с опухоли головного мозга (ОГМ), которые имитировали сосудистый характер процесса, показали, что диагностические сложности вызвал комплекс сходных неспецифических симптомов, которые наблюдаются как при цереброваскулярной, так и неопластической патологии. 84,3% пациентов поступили в декомпенсированном состоянии и были госпитализированы в отделение реанимации для стабилизации гемодинамики. Клиническая симптоматика при нейроэпителиальных опухолях, которые отмечались у 45% пациентов, очень часто имитировала инсульты, как геморрагические (74%), так и ишемические (26%).*

*Ключевые слова: внутричерепные опухоли, инсульт, внутричерепная гипертензия.*

**БОШ МИЯ ЎСМАЛАРИНИ ИНСУЛЬТГА ЎХШАШ КЛИНИК КЕЧИШИ**

<sup>1</sup>Рузикулов М.М., <sup>1</sup>Рахимов И.И., <sup>1</sup>Абдусотторов А.А., <sup>2</sup>Бурнашев М.И.

<sup>1</sup>Тошкент Педиатрия тиббиёт институти

<sup>2</sup>Республика ихтисослашган нейрохирургия илмий- амалий тиббий маркази

*Резюме*

*Хозирги вақтда геморрагик инсульт таъхиси билан касалхонага ётиб даволаниши учун “йўналтирилган” беморларни сони ошиб бормоқда. Бу ҳолат неврологик бузилишларни бирданига келиб чиқиши – геморрагик инсультлар билан ўхшаш клиник кечига эга бўлган бошқа касалликлар билан дифференциал таъхислашни янада ривожлантиришни талаб қилади. Бундай клиник кечии кузатилган беморларнинг 4.4%да бош миЯ ўсмалари аниқланади. Бош миЯ ўсмалари қон қуйилиши билан кечии мумкинлиги ушбу патологиянинг дифференциал таъхисини янада қийинлаштиради.*

*Калит сўзлар: бош миЯ ўсмалари, инсульт, миЯ ичи гипертензияси.*

**INSULT-LIKE CLINICAL COURSE OF BRAIN TUMORS**

<sup>1</sup>Ruzikulov M.M., <sup>1</sup>Raximov I.I., <sup>1</sup>Abdusattorov A.A., <sup>2</sup>Burnashev M.I.

<sup>1</sup>Tashkent Pediatric Medical Institute

<sup>2</sup>Republican specialized scientific-practical medical center of neurosurgery

*Resume*

*Now an increasing number of patients referred to hospital with «incoming» diagnosis - hemorrhagic stroke. This requires improving the differential diagnosis with other diseases that manifest sudden development of neurological disorders and have similar clinical picture. Among these pathologies of the central nervous system, brain tumors are detected in 4.4% of cases. Intracranial tumors, may be accompanied by bleeding complications that make it difficult diagnosis in a mixed pathology.*

*Keywords: intracranial tumors, stroke, intracranial hypertension.*

**Актуальность**

В настоящее время увеличивается число пациентов, направляемых в стационары с «поступающим» диагнозом - геморрагический инсульт. Это требует совершенствования дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, которые проявляются внезапным развитием неврологических нарушений и имеют схожую клиническую картину. Среди таких патологий центральной нервной системы опухоли головного мозга выявляются в 4,4% случаев. Внутричерепные опухоли, могут сопрово-

ждаться геморрагическими осложнениями, что создает трудности диагностики при смешанной патологии.

Нейроэпителиальные опухоли имели патологически измененные участки, многочисленные некрозы и кровоизлияния в некротизированную ткань (от диапедезных кровоизлияний до гематом, объемом до 30-35 мл). Клиническая симптоматика метастатических опухолей (отмечались в 35,2% случаев) характеризовалась преобладанием симптомов геморрагических мозговых инсультов.

Дифференциальная диагностика опухолей и сосудистых заболеваний головного мозга нередко вызывают обоснованные затруднения. Это связано с общностью многих симптомов и признаков, характерных как для опухолей, так и для сосудистых заболеваний головного мозга. Отмечено также сходство некоторых данных, полученных при инструментальных исследованиях. Хотя нейровизуализационные методы диагностики, такие как компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга значительно облегчают диагностику, при подобных случаях довольно часто возникают реальные сложности в решении лечебно-диагностических задач [1,5,8,9,10]. Зачастую отсутствует диагностика объемного внутричерепного опухолевого процесса, сопровождающегося геморрагическими осложнениями до их возникновения, что негативно влияет на тактику выбора метода лечения заболевания. Главной из причин диагностических затруднений является общность отдельных клинических симптомов опухолей головного мозга (ОГМ) и цереброваскулярных заболеваний. К ним могут быть отнесены случаи с острой, инсультноподобной манифестацией опухолей, псевдоопухолевое течение хронической цереброваску-

лярной патологии, возможное их сочетание [2,6,7,11]. В связи с этим представляется целесообразным проанализировать клинический полиморфизм опухолевых и сосудистых заболеваний головного мозга и таким образом оптимизировать диагностический алгоритм. Особо стоит отметить тот факт, что пациенты с инсультноподобное клиническое течение опухолей головного мозга поступают часто в суб- и декомпенсированном состоянии, что требует экстренной диагностики и быстрого принятия решения для улучшения результатов лечения [3,4].

Цель данного исследования: изучить особенности инсультноподобного клинического течения опухолей головного мозга на основании клинико-неврологического, патоморфологического и нейровизуализационного исследований.

#### Материал и методы

В исследование были включены 51 пациент (средний возраст  $48 \pm 10,6$  года, из них 26 женщин и 25 мужчин) с атипичным (инсультноподобным) течением опухолевых заболеваний головного мозга. В процессе наблюдения были использованы общеклинические, неврологические, нейровизуализационные (КТ, МРТ головного мозга), морфологические методы исследования.

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от пола и возраста

Возраст больных	Мужчины	Женщины	Итого:
26-30	4	1	5
31-40	3	3	6
41-50	5	3	8
51-60	11	7	18
более 60	2	12	14
Итого:	25 (49%)	26 (51%)	51 (100%)

Из приведенных в таблице 1, данных, видно, что 72,5% больных были в возрасте от 26 до 60 лет, т.е. являлись представителями трудоспособной части населения. В наших наблюдениях мужчины и женщины имели

практически одинаковое соотношение 1,04:1. В возрастных группах (от 26 до 60 лет) преобладали лица мужского пола с соотношением 1,6:1.

Таблица 2.

Распределение больных в зависимости от гистологической структуры ОГМ

Гистологическая структура ОГМ	Число наблюдений	n(%)
Нейроэпителиальные	23	45,1
Менингиома	3	5,88
Невринома VIII нерва	3	5,88
Аденома и аденокарциномыгипофиза	2	3,92
Краниофарингиома	2	3,92
Метастатические опухоли	18	35,29
Всего:	51	100

Как видно из табл. 2, среди ОГМ с инсультоподобным клиническим течением, наибольшее число наблюдений составили нейроэпителиальные опухоли (45,1%) и метастатические опухоли (35,29%).

**Результат и обсуждения**

Клинико-инструментальные сопоставления у пациентов с ОГМ, которые имитировали сосудистый характер процесса, показали, что диагностические сложности вызвал комплекс сходных неспецифических симптомов, которые наблюдаются как при цереброваскулярной, так и неопластической патологии. Инсультоподобное течение ОГМ характеризовалось развитием гипертензионно-дислокационного синдромаугнетение сознания вплоть до комы, нарастание пирамидной недостаточности, стволовой симптоматики (парез взора вверх, артериальная гипертензия, брадикардия, патологические виды дыхания). Стоит отметить, что довольно часто возникает ситуация, когда жалобы и анамнез заболевания выяснить не представляется возможным вследствие тяжелого декомпенсированного состояния пациентов.

Наши наблюдения показали, что определенным видам опухолей могут соответствовать симптомы, свой-

ственные некоторым формам сосудистых заболеваний головного мозга.

Клиническая симптоматика при нейроэпителиальных опухолях, которые отмечались, у 45% пациентов очень часто имитировала инсульты, как геморрагические (74%), так и ишемические (26%). Гистологически в опухолевой ткани выявляли большое количество новообразованных сосудов. Отмечались некрозы разной величины с очагами кровоизлияний в них различных размеров и давности. В отдельных случаях это были гематомы, расположенные как внутри, так и вне опухоли. При КТ головного мозга в зоне опухоли выявлялись, как правило, участки сниженной и повышенной плотности (интенсивности) с различной степенью перифокального отека с неровными, нечеткими краями (рис. 1.). Нейроэпителиальные опухоли имели патологически измененные участки, многочисленные некрозы и кровоизлияния в некротизированную ткань (от диапетезных кровоизлияний до гематом, объемом до 30-35 мл). Очевидно, что мелкие кровоизлияния в ткани опухоли и за ее пределами могли проявляться симптомами нарушения мозгового кровообращения.

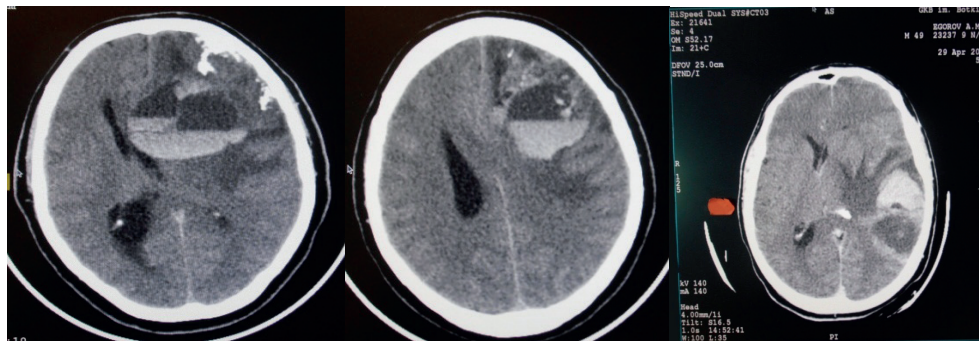


Рис.2. КТ головного мозга больной Б., 48 лет. Аксиальная проекция, внутривенное контрастирование. Визуализируется внемозговая опухоль (менингиома) левой височной области, с выраженным масс-эффектом.

Можно предположить, что одним из наиболее вероятных механизмов нарушений кровообращения при менингиомах, как в самой опухоли, так и в окружающем мозговом веществе, является формирование синдрома сосудистого обкрадывания в результате обильной васкуляризации опухоли из крупных церебральных артерий. 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 (отмечались в 35,2% случаев) характеризовалась преобладанием симптомов геморрагических мозговых инсультов (77,7%). При МРТ с контрастированием метастатические опухоли имели вид узлов округлой формы. Как и первичные опухоли, крупные метастазы компримировали магистральные артерии головы (рис. 3.).

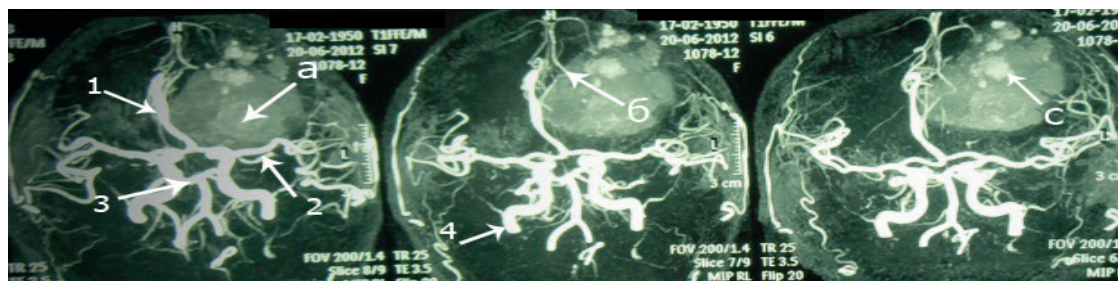


Рис.3. МРТ-АГ головного мозга внутримозговой опухоль левой лобной доли головного мозга, осложнившейся кровоизлиянием. Четко прослеживаются сосуды, кровоснабжающие опухоль. а-опухоль, б - сосуды опухоли, с- кровоизлияния в опухоли. 1- ПИМА, 2- СМА, 3- ЗМА, 4-ВСА.

При гистологических исследованиях в метастазах определялись патологически измененные клетки из первичных очагов различных опухолей (легкие, желудок, молочные железы). Характер сосудистых изменений в метастазах во многом определялся соотношением клеточных и сосудистых элементов. Наблюдались опухоли с большими очагами некроза и обширным кровоизлиянием в них. При проведении КТ, МРТ головы у больных с метастазами в головном мозге были выявлены полиморфные очаговые изменения мозгового вещества. Наряду с гиподенсивными очагами часто отмечались гиперденсивные. В большинстве случаев они были множественными, округлой формы с отеком в виде нескольких перифокальных колец разных размеров. Деструктивные изменения в ткани и сосудах метастазов могли вызвать клиническую картину геморрагических инсультов, в то время как компрессия внутримозговых сосудов приводила к развитию очаговых ишемических изменений в нем. Роль сосудистого фактора в клинической картине метастазирования в головной мозг значительная. Затруднения диагностики возникают у онкологических больных пожилого возраста, у которых часто отмечается сопутствующая хроническая ишемическая болезнь головного мозга.

Клиническую симптоматику опухолей мезодермального происхождения (отмечались в 3,9% случаев) отличало более редкое возникновение мозговых инсультов. При КТ с контрастированием выявлялись признаки объемного образования, нередко вызывавшего компрессию внутримозговых сосудов, в единичных случаях наблюдались геморрагии в опухолевые узлы. При нейровизуализации отмечались полиморфные изменения мозгового вещества, множественные и одиночные очаги, признаки масс-эффекта, вентрикуломегалия, связанная как с окклюзией ликворных путей, так и с дислокацией мозговых структур.

#### Вывод

Таким образом, при сопоставлении клинической картины опухолей головного мозга с атипичным (псевдососудистым) течением с результатами клинко-инструментальных и патоморфологических исследований выявлена корреляция между характером этих симптомов и наличием сосудистых нарушений в опухолях головного мозга, а также структурно-функциональными параме-

трами их сосудистого обеспечения. Предполагаемые при этом механизмы дисциркуляции (сосудистый фактор), действующие при опухолях головного мозга, могли реализоваться в виде клинических симптомов, свойственных различным формам цереброваскулярной патологии.

Приоритетными методами дифференциальной диагностики опухолей головного мозга остаются: оценка динамики клинко-неврологических параметров, КТ, МРТ головного мозга с контрастированием.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С. Компьютерная томография головного мозга. — М. Медицина - 1986. — 283 с.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. — М. Медицина, 2001. — 327 с.
3. Джинджихадзе Р.С., Древаль О.Н., Лазарев В.А. Ургентные нейрохирургические вмешательства у больных с внутричерепными опухолями. // Вопросы нейрохирургии, -2011. Т. 3. С.62-70.
4. Древаль О.Н., Лазарев В.А., Джинджихадзе Р.С., Горожанин А.В. Внутричерепная гипертензия. // Современные проблемы нейрохирургии. -М.-2009. — С. 97-105.
5. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнито резонансная томография в нейрохирургии. — М: Видар, 1997. — 472 с.
6. Крылов В.В., Лебедев В.В. Неотложная нейрохирургия. — М. Медицина, 2000. — 568 с.
7. Мироненко Т.В., Сорокин Ю.Н., Бахтояров П.Д. Актуальные вопросы ангионеврологии. — Луганск, - 2006. — 286 с.
8. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология. — М.: МЕДпрессинформ, - 2007. — 942 с.
9. Эджелат Ф.И. Кровоизлияния в опухоли головного мозга: клинические проявления, тактика хирургического лечения и некоторые вопросы их морфогенеза. / Автореф. дисс. канд. меднаук. — СПб. - 1999. - 21с.
10. Danbolt N.C. Diagnostic methods in neurosurgery // J. Progr. Neurobiol. — 2001; 65 (1): 1–15.
11. Declerk Y.A., Shimada H., Gonzales I., Raffel C. Tumoral invasion in the central nervous system. // J. Neurooncol. 1994.-V. 18. - N2.- P. 111-121.

Поступила 14.05. 2019