

НЕЙРООНКОЛОГИЯ

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ КИСТ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ОПУХОЛИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*М.Г. Абдрахманова, Р.М. Баймуханов, С.К. Минбаев, Р.А. Беляев, Ш.К. Омарова, Н.А. Евстафьева, Д.Э. Третьяк, Т.А. Свириденко
Карагандинский Государственный Медицинский Университет, Караганда, Казахстан*

Диагностика внутричерепных арахноидальных кист на основании данных клиническо-неврологического обследования трудна и в любом случае не всегда информативна для решения вопроса о терапевтической и хирургической тактике. Поэтому при подозрении на арахноидальную кисту необходимо применение дополнительных методов исследования, таких как МРТ и ПЭТ.

Следующим этапом диагностики является дифференциальная диагностика кист с клинически сходными нозологическими формами.

В связи с тем, что знание особенностей клинических проявлений кистозных образований у больных разных возрастных групп во многом способствует ранней диагностике и эффективному лечению.

Нами произведён анализ 26 случаев диагностированных и пролеченных больных с кистами головного мозга. Все случаи верифицированы на операциях с гистологическим подтверждением.

Заболевание в основном характеризовалось медленным развитием признаков пирамидной недостаточности, гипертензионным синдромом, нарушением чувствительности, бульбарной и псевдобульбарной симптоматикой.

Преимущественная локализация кист была внутримозговая – 12 больных (10 детей и 2 взрослых), что составило 46,15%, затем одинаково распределялись локализации кист в лобных долях – 6 больных (2 детей и 4 взрослых) и задней черепной ямке – 6 больных (только взрослые) – 23,08% соответственно. У 2-х взрослых больных отмечалась супраселлярная локализация процесса (7,7%).

Наблюдавшийся в клинике до 86% всех наблюдений гипертензионный синдром, вызываемый кистозным образованием у детей и взрослых протекал по-разному: у детей до 11 лет симптомы повышения внутричерепного давления проявлялись краниографическим расхождением черепных швов, усилением пальцевых вдавлений в костях свода черепа. У детей до 4 лет резко увеличивались размеры головы, головные

боли и застойные изменения на глазном дне были менее выражены, и с большей частотой встречались у детей от 4 до 16 лет. У взрослого контингента больных выявлялись выраженные головные боли, у некоторых – упорные рвоты в сравнении с детьми. Инфекционно-токсические симптомы были в одинаковой степени выражены и у детей и у взрослых в послеоперационном периоде наблюдения. Это объясняется снижением иммунитета организма и сопутствующими воспалительными осложнениями (перивентрикулит), который ещё более угнетал иммунную систему организма.

В целом у всех детей до оперативного удаления кист внутримозговой локализации наблюдались по частоте выраженности гипертензионно-гидроцефальный синдромокомплекс, общемозговой, а также церебрально-очаговой в виде стволового синдрома, пирамидной и экстрапирамидной недостаточности, с явлениями дисметрии и атаксии смешанного типа.

Симптомы поражения ствола мозга отмечались у 3 больных детей с локализацией процесса в задней черепной ямке (ЗЧЯ), характеризовались негрубым дефектом и проявлялись снижением корнеальных рефлексов, спонтанным горизонтальным нистагмом, гипестезией слизистой носа, роговицы и диффузной мышечной гипотонией.

Большая часть наших наблюдений свидетельствовала о врождённом генезе солитарных кист различной локализации, что вызывало необходимость ранней дифференциальной диагностики с кистозными опухолями головного мозга.

При кистозных опухолях головного мозга, в анамнезе обычно наблюдался бессимптомный период, что в прочем не исключало и врождённой арахноидальной кисты. На МРТ кистозные внутримозговые опухоли имеют, наряду с зоной пониженной плотности, денситометрические характеристики, которые всегда выше ликворных, помимо этого выявляется разной степени выраженности перифокальный отёк мозга.