|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Клиническая картина опухолей головного мозга** складывается из нескольких групп симптомов: 1) общемозговые; 2) очаговые; 3) симптомы «по соседству»; 4) симптомы «на отдалении». Кроме того, значительная группа симптомов (головная боль, головокружение, рвота и др.) Очаговые (первичные) симптомы обусловлены непосредственным воздействием (сдавлением или разрушением) опухоли на ткань мозга. Причиной появления симптомов «по соседству» становится дисфункция близко расположенных структур мозга вследствие ограниченного отека, местных дисциркуляторных расстройств, воспалительно-интоксикационных процессов. Симптомы «на отдалении» обычно появляются при дислокации, вклинении и компрессии определенных структур (наиболее часты височно-тенториальное и аксиальное затылочное вклинения). Общемозговые симптомы индуцируются диффузным отеком, внутричерепной гипертензией, генерализованными нарушениями гемодинамики. **Головная боль** – один из наиболее частых симптомов опухоли головного мозга. Боль может носить местный характер (раздражение рецепторов твердой мозговой оболочки и корешков черепных нервов, местные изменения в костях черепа) и диффузный (повышение внутричерепного давления и растяжение твердой мозговой оболочки). **Рвота** – также частый симптом опухоли. Обычно возникает по утрам натощак, неожиданно, как правило, без предшествующих тошноты, отрыжки, болей в животе, вне связи с приемом пищи, нередко при перемене положения головы, на высоте головной боли. При раздражении дна IV желудочка может выступать в роли очагового симптома. В этих условиях ей нередко сопутствует икота. Более выражена на начальных этапах болезни, особенно при опухолях задней черепной ямки. **Головокружение** (системное и несистемное) встречается почти в половине наблюдений. Чаще возникает приступообразно, сочетается с головной болью, рвотой, вегетативно-сосудистыми реакциями, сопровождается чувством страха («синдром гибели мозга»). | **Изменения на глазном дне**. Наиболее частый вариант – застойный диск зрительного нерва. Степень выраженности отека диска определяется темпом нарастания внутричерепного давления. Острота зрения, в отличие от нейропатии зрительного нерва, в первое время сохранена. В дальнейшем сначала появляются транзиторные амблиопии – обнубиляции (кратковременное снижение зрения при физических нагрузках, поворотах головы и быстрое восстановление), позже – стойкое снижение зрения. **При синдроме Фостера Кеннеди** на одном глазу определяется первичная атрофия зрительного нерва (вследствие непосредственного давления опухоли лобной доли на нерв), а на другом – застойный диск. Психические расстройства постепенно обнаруживаются практически у всех больных.  По мере прогрессирования роста опухоли нарушаются память, мышление, восприятие, способность сосредотачиваться. Нарушения сознания постепенно прогрессируют. Расстройства сознания носят как непродуктивный (оглушение, сопор, кома), так и продуктивный характер (бред, галлюцинации, сумеречные состояния). Иногда психические расстройства могут иметь топико-диагностическое значение («лобная» психика, ирреальность окружающего мира или галлюцинации височного генеза, амнезия, аспонтанность и акинезия при патологии мозолистого тела). **Эпилептический синдром** Эпилептические припадки более свойственны начальным стадиям опухолей, их характер весьма полиморфный. Эпилептические припадки опухолевого генеза, в отличие от пароксизмов другой природы, обычно сопровождаются очаговыми симптомами, которые вначале носят преходящий характер, постепенно становясь постоянными. **Оболочечные симптомы** чаще обнаруживаются при метастазах и особенно диффузном карциноматозе оболочек. Их появление обычно обусловлено внутричерепной гипертензией, пролабированием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие | **Опухоли спинного мозга по локализации**  1интрамедуллярные  2экстрамедуллярные: эпидуральные, субдуральные, эписубдуральные и эпидурально-экстравертебральные (типа «песочных часов»)  **Классификация по происхождению:**  1Первичные:Астрацитома,Олигодендроглинома,эпендиома,иобластома,медулобластома,менингиома,невринома,**аденома гипофиза**:пролактинома,кортикотропинома,соматотропинома.  2.Вторичные:метастатические,бронхопульмональный рак,рак молочной железы.  **Классификация опухолей головного мозга топогрофо-анатомическая по Макарову**  1.Интрацелебеллярные\Интрацеребральные  2.Экстрацеребральные  3.Супратентареальные -опухоли желудочков,больших полушарий,гипофизов  4Субтенториальные-опухоли ствола мозга,мосто-мозжечкового угла,4 желудочка,мозжечка | Rp.: Acetazolamidi 250 mg D.t.d. № 10 in tab. S.: Внутрь, по 1 таблетке утром, независимо от приема пищи  Rp: "Furosemid" 0,04 D.t.d. № 50 in tab. S: Внутрь по 1 тaблетке утром, натощак  Rp.: Dexamethasoni 0,0005 D. t. d. № 30 in tab. S.: По 1 табл. 1 раз в день, внутрь, во время или после еды (желательно в ранние утренние часы)  Rp.: Sol. Manniti 15% 500 ml D. S. Вводить внутривенно по 0,5 - 1,5г/кг массы тела больного.  Rp.: Diazepami 0,005 D.t.d. № 20 in tab. S.: По 1 таб. 2 раза в день внутрь, независимо от приема пищи  Rp. "Depakine chrono" 300 mg D.t.d. № 100 in tabl. S. По 1 таблетке 2 раза в день  Rp.: Tab. Carbamazepini 0,2 D.t.d. №50 S. Внутрь, по 1/2 таблетки 3 раза в день, независимо от приема пищи |
| **Общая симптоматология опухолей спинного мозга**: 1. Синдром поперечного поражения спинного мозга (двигательные и чувствительные расстройства проводникового характера, нарушение функций тазовых органов). 2. Механическая блокада субарахноидального пространства. 3. Белково-клеточная диссоциация в спинномозговой жидкости. 4. Симптом ликворного толчка (усиление корешковых болей при проведении пробы Квекенштедта. 5. Симптом вклинивания (нарастание проводниковых расстройств после люмбальной пункции). 6. Симптом корешковых болей положения (стоя боли менее выражены, чем лежа). 7. Симптом остистого отростка (при перкуссии позвонка возникают сегментарные или проводниковые боли и (или) парестезии). 8. Изменения позвонков (разрушение структуры позвонка, симптом Эльсберга – Дайка).  **Частная симптоматология опухолей** включает соответствующие уровню поражения корешковые боли и парестезии, двигательные и чувствительные нарушения сегментарно-корешкового характера.  **Интрамедуллярные опухоли.** Протекают в две стадии: сегментарных расстройств и присоединения проводниковых расстройств. Сегментарная стадия дебютирует в двух вариантах: 1) сирингомиелитическом (диссоциированные сегментарные нарушения чувствительности – при поражении задних рогов); 2) полиомиелитическом (вялые миотомные парезы – при поражении передних рогов). С течением времени при прогрессирующем росте опухоли присоединяются проводниковые расстройства – двигательные и чувствительные (нисходящего типа с непостоянством верхнего уровня), а также нарушение тазовых функций. Спинномозговая жидкость на первых этапах остается интактной. Корешковые боли, симптомы вклинивания и ликворного толчка, изменения на спондилограммах нехарактерны | **Экстрамедуллярные опухоли**. В типичных случаях можно проследить три последовательные стадии: 1) невралгическая – боли по ходу того корешка, который оказывается компремирован опухолью; 2) броун-секаровская (поражение половины поперечника спинного мозга); 3) параплегическая (поперечное поражение спинного мозга). Симптомы ликворного толчка, вклинивания, корешковых болей положения, остистого отростка, изменения в позвонках определяются преимущественно при экстрамедуллярных опухолях.  **Диагностика**Тщательное клиническое обследование: а) неврологическое; б) офтальмологическое (глазное дно, поля зрения, острота зрения); в) оториноларингологическое (кохлеовестибулярные функции, вкус, обоняние).  - Краниография в двух проекциях  – Электроэнцефалография. Фокальные медленноволновые или ирритативные феномены.  – Эхоэнцефалоскопия (-графия). Смещение М-эхо объемным образованием.  – Люмбальная пункция (при застойных дисках зрительных нервов и (или) смещении М-эхо – только в нейрохирургическом отделении). Белково-клеточная диссоциация, ксантохромия, блок субарахноидального пространства спинного мозга при проведении ликвородинамических проб.  – Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.  – Церебральная ангиография.ОАК,БИОХИМИЯ КРОВИ,онкомаркеры,биопсия  **Лечение**  Хирургические методы: полное или частичное удаление, паллиативное вмешательство с целью декомпрессии. Шунтирование при нарушении ликвородинамики.  Лучевая терапия: а) радиотерапевтические методы (рентгено– и гамматерапия, облучение пучком протонов и др.); б) радиохирургические методы (имплантация твердых фармпрепаратов (иттрия, золота) в кисту опухоли). | **Абсолютные противопоказания к люмбальной пункции:**•Наличие объемного внутричерепного образования: опухоль головного мозга, гематома, абсцесс мозга, напряженная ликворная киста и т.д.•Окклюзия (закупорка) ликворопроводящих путей.•Внутричерепная гипертензия.•Поперечная или аксиальная дислокация (смещение) головного мозга.•Отек головного мозга.  **Абсолютные показания:**•инфекционные заболевания центральной нервной системы (энцефалиты, менингиты и другие);•злокачественные новообразования в области оболочек и структур мозга;•диагностика ликвореи (истечения спинномозговой жидкости) путем введения в спинномозговой каналрентгеноконтрастных веществ или красителей;•кровоизлияние под паутинную оболочку мозга.  **Показания для диагностики глазного дна**  •Потеря способности цветоразличения;ухудшение качества зрения – нечеткость контуров рассматриваемых предметов снижение зрительной остроты, «ломанные» изображения;периодически повторяющиеся эпизоды головных болей;травмы головы и глазного яблока;прием некоторых фармакологических препаратов;беременность у женщин с патологией зрения (состояние сетчатки накладывает отпечаток на особенности родоразрешения);стойкое повышение внутриглазного давления;снижение прозрачности хрусталика;аномалии рефракции;сахарный диабет;артериальная гипертензия;атеросклероз;опухоли ГМ ;нарушение мозгового мровообращения;аутоиммунные заболевания;наследственные патологии сетчатой оболочки;рождение ребенка раньше 37 недель (у недоношенных младенцев повышен риск неонатальной ретинопатии).**ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:** Наличие воспаления или инфекции в переднем отрезке глаза;Светобоязнь, повышенное слезоотделение. Так как это существенно затрудняет проведение обследования, а также не дать точного результата;Запрещение использования медикаментов, применяемых для расширения зрачка;Закрытоугольная глаукома;Наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, исключающих использование адреномиметиков. | **Показаниями к ангиографии** сосудов ГМ:  Аневризма. Данная патология опасна тем, что может стать причиной инсульта,Ангиома. Исследование позволяет обнаружить сосудистые опухоли, которые отличаются сплетением сосудов и губчатыми полостями,Ишемический инсульт. Исследование проводится с целью определения необходимости в растворении тромба при закупорке артерии более чем на 95 %,Геморрагический инсульт. Во время диагностики специалисты выявляют источник кровоизлияния,Гематома. Ангиография сосудов головы проводится для определения размеров гематомы и места ее расположения,Опухоль. Во время исследования можно определить размер образования и его характер,Черепно-мозговая травма. Исследование позволяет выявить последствия такой травмы, Сосудистая мальформация. Диагностика определяет место патологии и источник кровотечения  **Противопоказания** :  Острые инфекции и воспаления,Психические заболевания, Почечную недостаточность,Нарушения свертываемости крови,Беременность,Печеночную недостаточность.Тромбофлебит. Аллергию. Сердечную недостаточность |