

СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ОБ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кадыров Р.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе проведен анализ лечения 1460 больных с различными очаговыми поражениями головного мозга. Наибольшую группу (87.3%) составили пациенты с опухолями мозга и внутричерепными гематомами различного генеза. Проведен сравнительный анализ динамики и развития общемозговых и очаговых симптомов. Все пациенты подвергнуты оперативному лечению, летальность при этом составила 7.8% основной группы.

**Ключевые слова:** очаговые поражения мозга, общемозговые симптомы.

БАШ МЭЭНИН ОЧОКТУУ ЖАБЫРЛАНГАН ЖЕРЛЕРИНИН КЭЭ БИР АБАЛДАРЫН ЗАМАНБАП БАЛОО

Кадыров Р.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Иште баш мээси ар кандай очоктуу жабырланууга дуушар болгон 1460 оорулуну дарылоого талдоо жүргүзүлгөн. Мээсинде шишиги бар жана баш сөөгүнүн ичинде ар кандай генездеги гематомасы бар кардарлар кыйла ири топту (87,3%) түзгөн. Жалпы баш мээсине тиешелүү жана очоктуу симптомдордун динамикасына жана өнүгүшүнө салыштырмалуу талдоо жүргүзүлгөн. Бардык кардарлар оперативдүү дарылоого тартылган, дарылоонун тушунда негизги топтогулардын өлүмгө учурашы 7,8%ды түзгөн.

**Негизги сөздөр:** мээнин очоктуу жабырланышы, жалпы баш мээсине тиешелүү симптомдор.

MODERN ASSESMENT OF SOME OF THE PROVISIONS OF FOCAL BRAIN LESIONS

Kadyrov R.M.

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical academy  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** This paper analyzes the treatment of 1460 patients with various focal lesions of the brain. The largest group (87.3%) consisted of patients with brain tumors and intracranial hematomas of different genesis. A comparative analysis of the dynamics and development of brain and focal symptoms was held. All patients were put to surgical treatment; mortality in this case amounted to 7.8% of the main group.

**Keywords:** focal lesions of the brain, cerebral symptoms.

**Введение.**

Очаговые поражения головного мозга [ОПГМ] имеют широкое понятие в неврологической и нейрохирургической практике. В категорию ОПГМ может относиться множество различных заболеваний нервной системы, которые не требуют каких-либо нейрохирургических вмешательств. Однако, в нейрохирургии встречается масса различных нозологических форм заболеваний и состояний, которые обуславливают ОПГМ, почти все они распознаются при помощи активных нейрохирургических методов диагностики, и самое главное лечатся хирургическим путем [2,3]. В группу основных нейрохирургических заболеваний, которые вызывают ОПГМ, отнесены опухоли ЦНС различной локализации и гистологии, травматические ушибы и разможжения головного мозга, внутричерепные гематомы различного генеза, абсцессы головного мозга, паразитарные заболевания и кистозные процессы мозга, артериальные и артериовенозные мальформации и некоторые другие [3,4,6]. Среди них наиболее часто встречались опухоли мозга и травматические ушибы головного мозга с внутричерепными кровоизлияниями, составившие 87.3% из всех ОПГМ [1,3,5].

**Материалы и методы исследований.**

Нами проанализированы результаты наблюдений и хирургического лечения ОПГМ у 1460 больных, находившихся на лечении в клинике нейрохирургии Национального Госпиталя в период с 2005 по 2010 годы. Возраст больных колебался от 3-х до 82 лет. Больных детского возраста [до 16 лет] было 138, что составляет

9.4%, мужчины составили 59.7%, женщины 41.3%. Все больные были подвергнуты хирургическому лечению.

Для установления диагноза ОПГМ в первую очередь, были приняты во внимание результаты исследования классической неврологической симптоматики в сопоставлении с данными дополнительных обследований, включая ангиографию, компьютерную и магнитно-резонансную томографии. Были учтены общемозговые и очаговые симптомы в логической последовательности, темпы их развития, взаимоотношения между общемозговыми и очаговыми симптомами, самое главное, были сопоставлены очаговые симптомы с данными методов инструментальных обследований.

**Результаты исследования.**

На наш взгляд, интересными представляются результаты сопоставления общемозговых (головные боли, тошнота, рвота, застойные соски зрительных нервов и др.) симптомов с очаговыми (парезы, параличи, локальные анестезии, моторные и сенсорные афазии, косоглазие и др.) симптомами.

При одних видах ОПГМ ведущими и главными были общемозговые симптомы, чем очаговые, они определялись у этой группы больных значительно раньше, лишь в поздней стадии патологического процесса начали проявляются слабые очаговые симптомы или они вовсе отсутствовали, а общее состояние больного было уже достаточно тяжелое, а вскоре наступала декомпенсация. Промежуток времени между началом общемозговых симптомов и очаговых проявлений у различных больных достаточно разный – от нескольких дней до нескольких

месяцев и даже лет. Это зависело от многих факторов: возраста больного, локализации и характера очаговых поражений. У некоторых больных с ОПГМ общемозговые симптомы начинались одновременно с очаговыми симптомами и по мере прогрессирования процесса и ухудшения общего состояния больного и общемозговые и очаговые симптомы нарастали параллельно и они становились более выраженными. Удельный вес таких больных составлял более 55% из всей наблюдаемой нами группы. У почти 20% пациентов с ОПГМ начальными и ведущими симптомами заболевания были очаговые симптомы. В этой группе больных общемозговые симптомы появились поздно, причем они были слабо выражены или вовсе могли не быть. Вместе с тем, у 25% больных доминирующим в клинической картине заболевания становилась общемозговая симптоматика, очаговые симптомы напротив имела минимальную выраженность в течении всего периода развития болезни или не появлялись вовсе. В единичных случаях мы могли наблюдать совершенно парадоксальные явления: общемозговые симптомы начинались бурно и прогрессивно, после полного развития очаговых симптомов, постепенно общемозговые утихают и могли исчезнуть полностью. Так, например после того как больной ослеп (очаговый симптом) головные боли и рвота (общемозговые симптомы) прекратились, а общее состояние больного было более или менее компенсированным.

Таким образом, глубокий и всесторонний анализ клинической симптоматики больных с ОПГМ позволил установить несколько вариантов групп больных в зависимости от характера, темпа и последовательности развития общемозговых и очаговых симптомов. Принадлежность больных к той или иной группе в большей степени зависела от локализации и характера патологического процесса, в меньшей от возраста и пола. Как правило, при локализации патологического процесса ближе к ликворным путям, независимо от характера заболевания, в клинической картине на первый план выступали общемозговые симптомы, чем очаговые. При злокачественных опухолевых процессах и воспалительных нейрохирургических заболеваниях общемозговые и очаговые симптомы начинают проявляться одновременно, на фоне быстрого прогрессирования симптомов.

Следует отметить, что при ОПГМ субтенториальной локализации общемозговые симптомы начинались рано и были более выраженными, чем очаговые симптомы. А при очаговых поражениях мозга супратенториальной локализации у больных общемозговые и очаговые симптомы как правило появлялись по мере прогрессирования основного патологического процесса.

Любопытная картина наблюдалась при анализе соответствия самих ОПГМ к очаговым симптомам. В отдельных случаях было установлено, что при наличии ОПГМ до определенного периода у пациентов каких-либо явных общемозговых или очаговых симптомов не отмечено, т.е. имеет место в какой-то степени «инкубационный период». При определении ОПГМ мы старались указывать их сторонность, долевою локализацию очага, отношение к тенториуму и глубинность расположения. Определение

всех этих параметров играло исключительно важную роль для планировки технических приемов хирургической манипуляции и повышения эффективности оперативного лечения.

Для определения нейрохирургических вариантов очаговых поражений методы нейровизуализации являются незаменимыми, обеспечивают идентификацию макроструктурного, функционального, метаболического состояния мозга, топографию самого очага, самое главное они позволяют определить взаимоотношения патологического очага к мозговым структурам, к сосудистой и желудочковой системой, отношение очага к субарахноидальным пространствам, для решения вопроса оперативной тактики.

Все пациенты наблюдаемой группы подвергнуты хирургическому лечению: всего проведено 1168 костно-пластических трепанаций, декомпрессивных трепанаций 291. В различные сроки после операции погибло 116 больных, что составило 7,8% послеоперационной летальности. У 42 больных послеоперационное течение осложнилось нагноением операционной раны с последующим развитием вторичного менингоэнцефалита – у 17 пациентов. В 14 случаях хирургическое лечение осложнилось образованием гематомы в ложе удаленной опухоли мозга, либо в ложе бывшей гематомы, по поводу чего произведено повторное оперативное вмешательство.

### Выводы:

Таким образом, анализ материалов исследования позволил сделать следующие выводы:

Большинство ОПГМ, не зависимо от нозологической формы требует нейрохирургического вмешательства и зачастую в экстренном порядке, до развития признаков дислокации мозга.

Достоверный диагноз при ОПГМ может быть установлен только при использовании методов нейровизуализации, проведение которых обязательно при подозрении на ОПГМ.

Динамика и особенности развития общемозговых, а в особенности очаговых проявлений при ОПГМ, во многом позволяет определить оптимальную лечебную тактику и ее возможные исходы.

### Литература:

1. Данилов В.И., Мартыненко С.Н., Исмаилов М.Ф. Внутрочерепные нетравматические кровоизлияния // *Неврологический вестник*. - 2001. - Т. XXXIII, вып. 3-4. - С. 61-70.
2. Виленский Б.С. Дифференциация очаговых поражений мозга. *Неврологический вестник* – 2008 – Т. XL, вып. 3- С. 19-24.
3. Мамытов М.М. Актуальные вопросы нейрохирургии // *Актовая речь*. – 2005. – С. 2-6.
4. Олюшин В.Е., Улитин А.Ю., Сафаров Б.И. Синдром сдавления и дислокации головного мозга при опухолевом поражении. *Практическая онкология* – Т.7, № 2-2006 – С. 113-116
5. Brizel D. M., Sibley G. S., Prosnitz L. R., Scher R. L. Tumor hypoxia adversely affects the prognosis of carcinoma of the head and neck. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* 2007;38:285–289.
6. Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, Gordon D, Hartl R, Newell DW, Servadei F, Walters BC, Wilberger J. *Surgical management of traumatic parenchymal lesions. Neurosurgery*. 2006; 58:S25–4.