

## Церебральный глиоматоз

Церебральный глиоматоз не имеет сколько-нибудь определенного опухолевого узла, а лишь участки более сгущенной концентрации опухолевых клеток, не имеет кист и обладает минимальным масс-эффектом. Контрастирование в обоих случаях отсутствует. Глиоматоз мозга встречается гораздо реже астроцитом и предпочитает пожилых людей, в то время как диффузные астроцитомы поражают преимущественно молодых и людей среднего возраста.

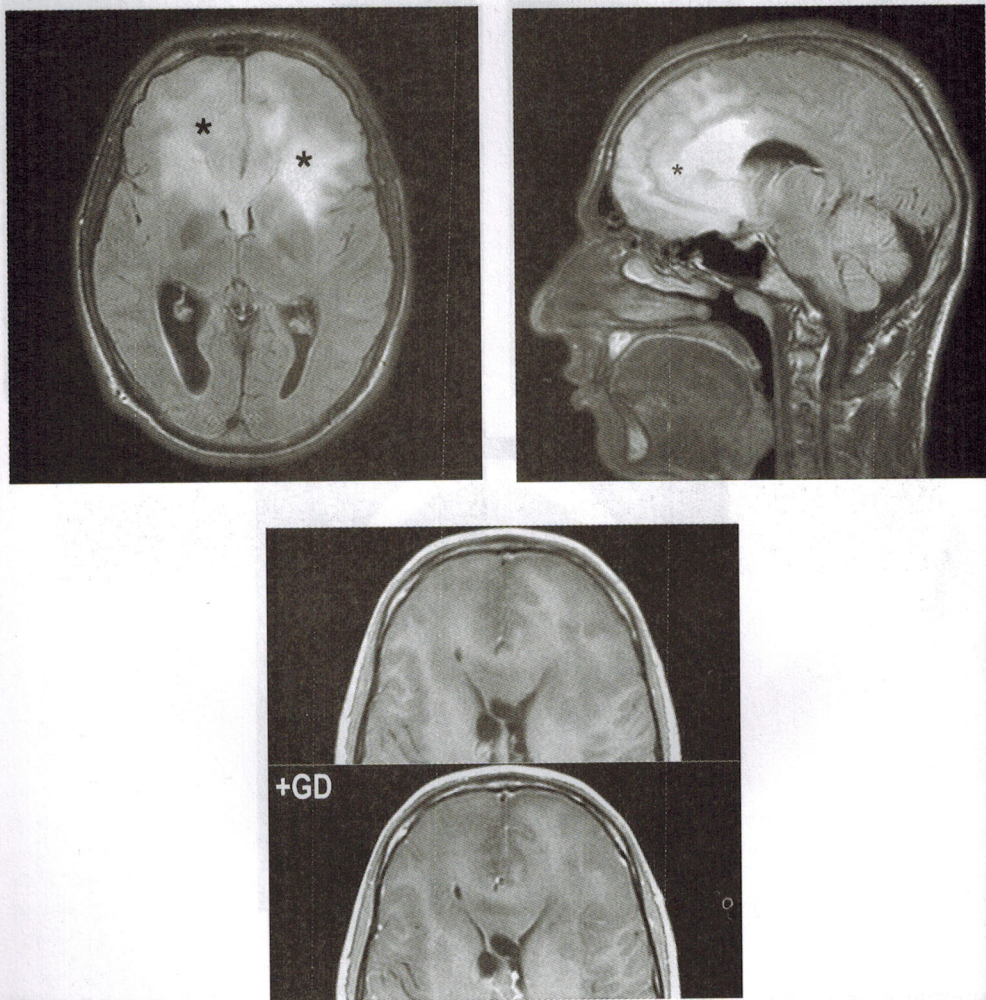


Рис. 208, 209, 210

Глиоматоз мозга — обширное поражение за счет глиальной пролиферации, покрывающее не менее 2 долей (звездочки на рис. 208, 209). Пораженные участки не накапливают контрастный агент (рис. 210)

### Гидромиелия

Гидромиелия (сирингомиелия) — расширение центрального канала спинного мозга вследствие нарушения ликвородинамики, вызванного стенозом позвоночного канала или сужением большого затылочного отверстия. Сирингомиелия часто ассоциирована с аномалией Киари I типа. При выраженном расширении центрального канала возникает выраженная атрофия спинного мозга. Объемного компонента при гидромиелии нет, контрастирование не наблюдается. При диффузно растущей астроцитоме спинного мозга также может быть расширение центрального канала, однако имеется накопление контраста в ткани опухоли. Расширение центрального канала не выраженное, нет признаков атрофии спинного мозга на уровне поражения.

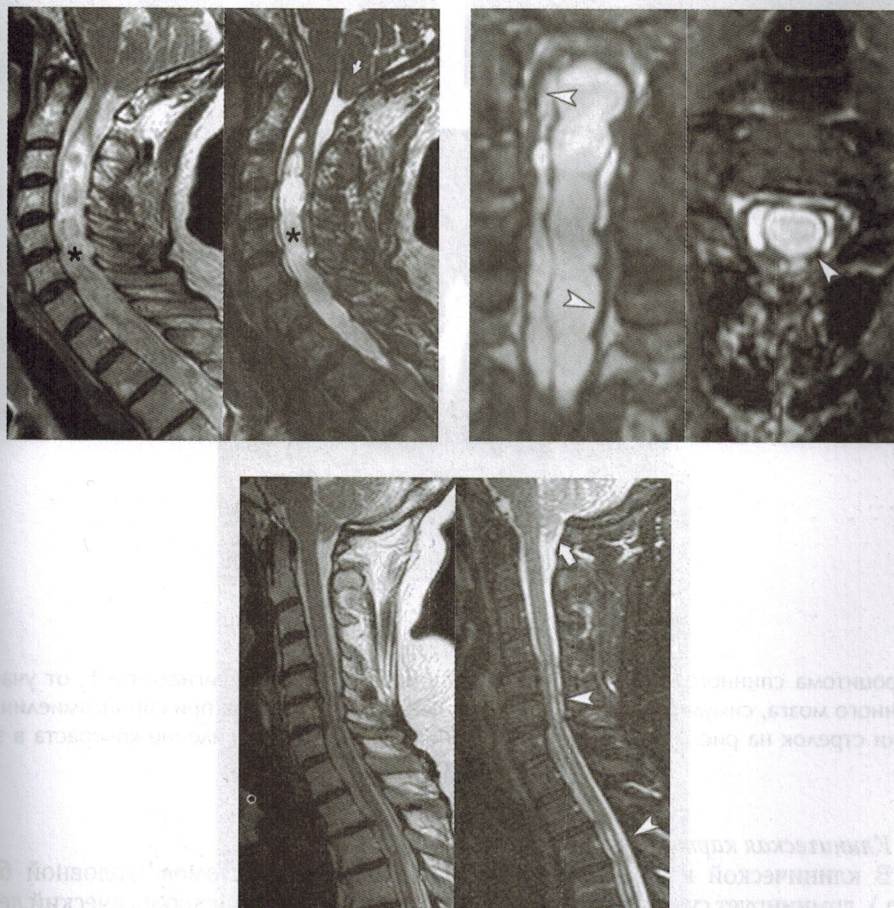


Рис. 211, 212, 213

Сочетание аномалии Киари I типа (стрелки на рис. 211, 213) и сирингомиелии — расширение центрального канала спинного мозга на фоне ликвородинамических нарушений (звездочки на рис. 211). Гидромиелия может быть настолько выраженной, что спинной мозг будет представлять собой полую трубку с тонкой стенкой (головки стрелок рис. 212), однако может быть и не выраженной (головки стрелок на рис. 213)

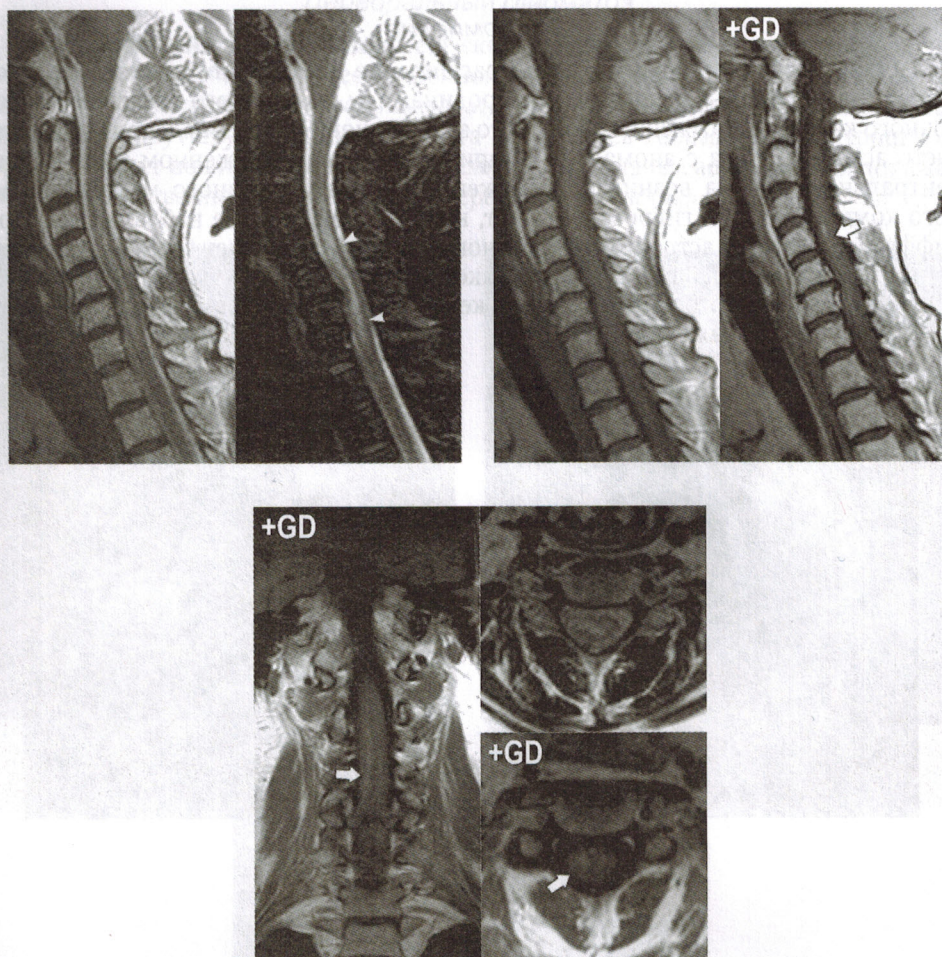


Рис. 214, 215, 216

Астроцитома спинного мозга сопровождается повышением МР-сигнала по  $T_2$  от участка спинного мозга, симулирующим расширение центрального канала при сирингомиелии (головки стрелок на рис. 214). После в/в усиления отмечается накопление контраста в зоне поражения (стрелки на рис. 215—216)

#### *Клиническая картина, течение и прогноз*

В клинической картине опухоли, кроме общих симптомов (головной боли и др.), доминирует судорожный синдром, а также очаговый неврологический дефицит, соответствующий локализации поражения. При увеличении размеров опухоли и аксиальном ее положении может возникать ликворный блок с развитием гидроцефалии. Также возможны ментальные нарушения и расстройства личности.

Лечение: резекция, лучевая и химиотерапия, в зависимости от размеров опухоли, ее расположения (прорастания корковых центров) и общего состояния пациента, а также сопутствующей патологии.

Прогноз всегда плохой в связи с неуклонно прогрессирующим течением заболевания и слабой реакцией на лечение, но по продолжительности жизни диффузные астроцитомы более благоприятны, чем анапластические формы и ГБ. Средняя продолжительность жизни — от 7 до 10 лет [48].

При планировании хирургической резекции используется функциональная МРТ с целью картирования зон проекционных нервных центров (моторной зоны руки, ноги, центра речи и т. д.). Ввиду отсутствия тотальной резекции опухоли проводится ее частичное удаление, при этом целесообразно сохранение корковых зон моторных центров, чтобы избежать осложнений оперативного лечения, таких как гемиплегия.

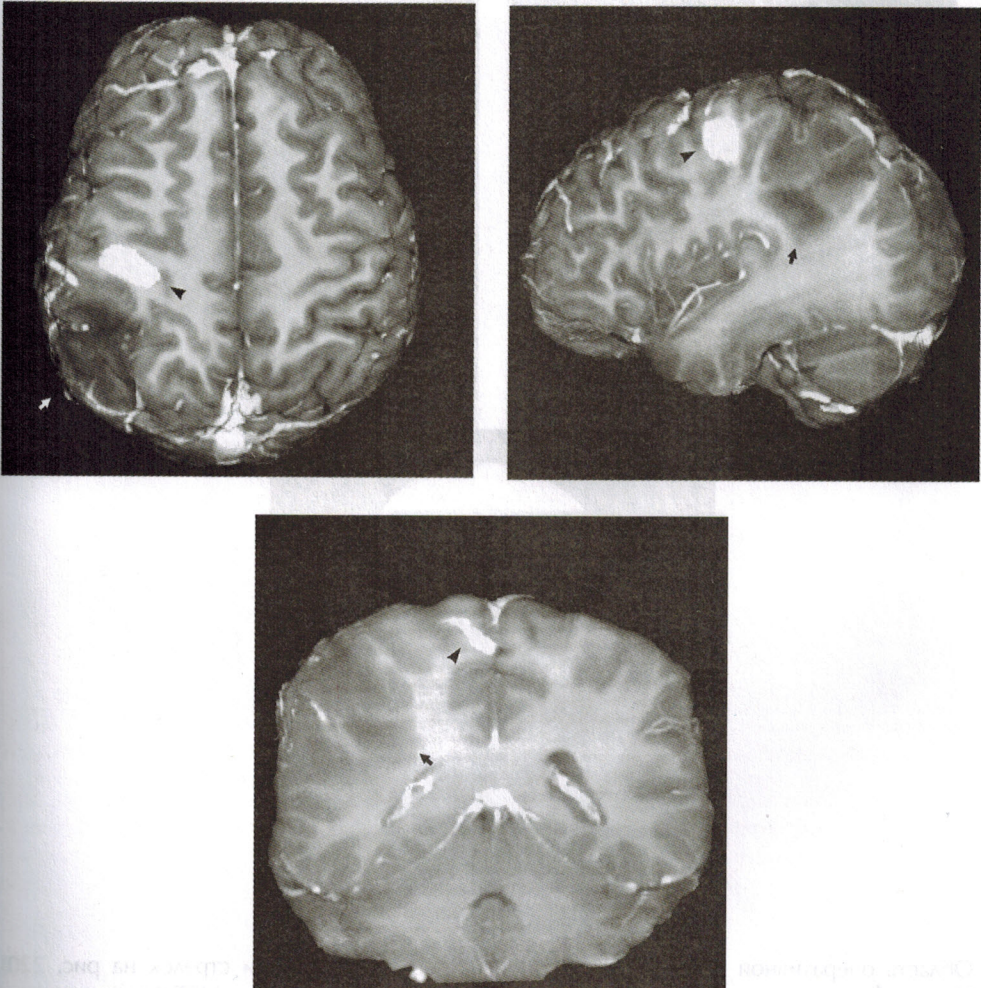


Рис. 217, 218, 219

На фМРТ показана зона двигательного центра левой руки в прецентральной извилине правого полушария (головки стрелок на рис. 217—219) и расположение инфильтративно растущей опухоли в правой теменной доле одноименного полушария (стрелки на рис. 217—219)

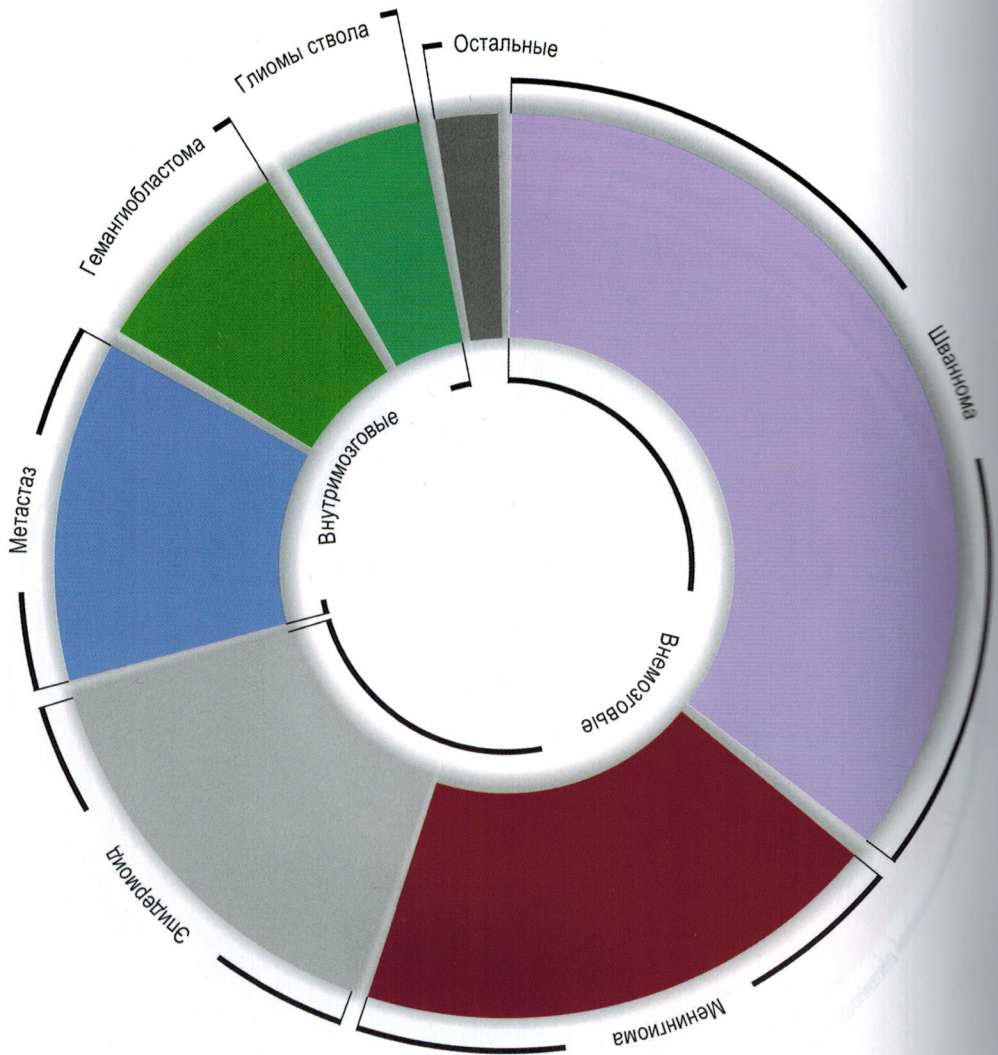


Рис. 23. Статистика частоты встречаемости гистологических типов опухолей задней черепной ямки головного мозга взрослых

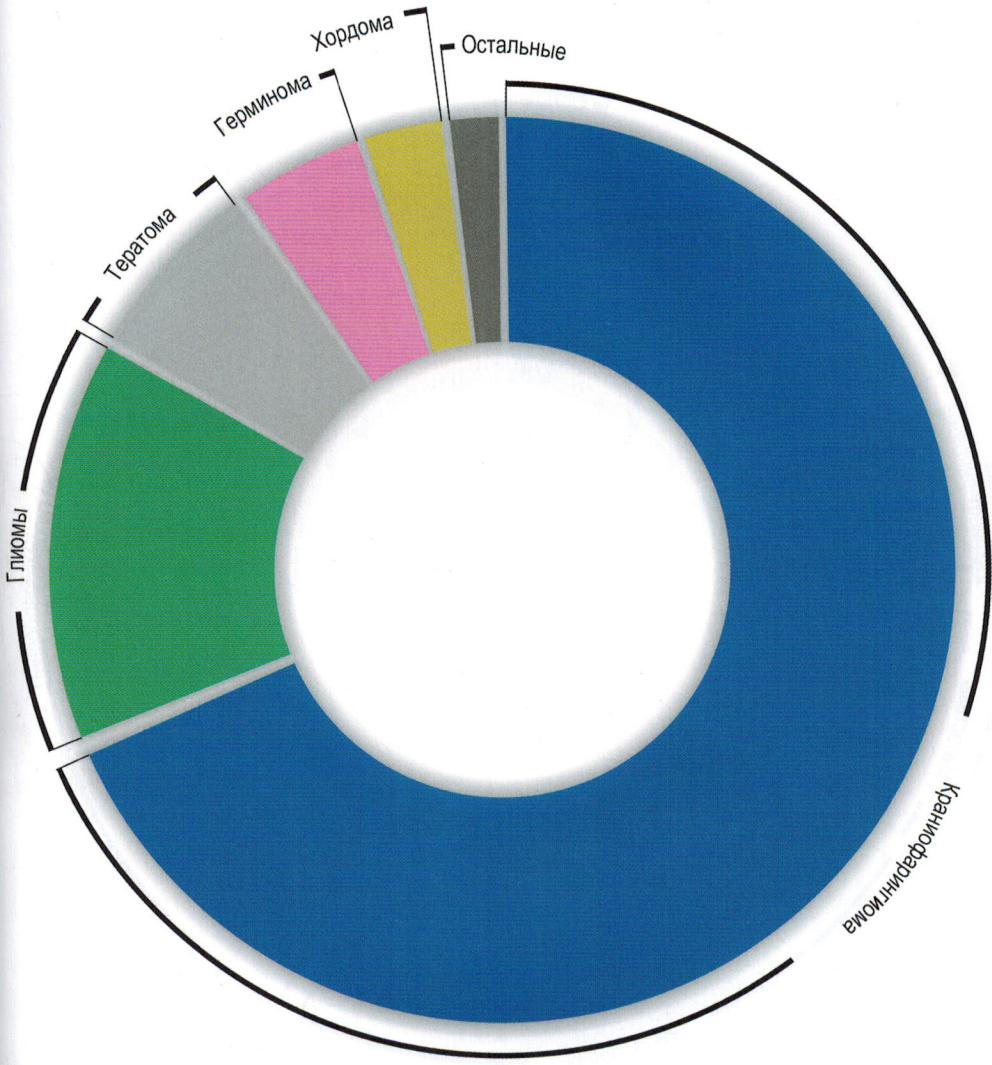


Рис. 24. Статистика частоты встречаемости гистологических типов опухолей хиазмально-селлярной области головного мозга детей

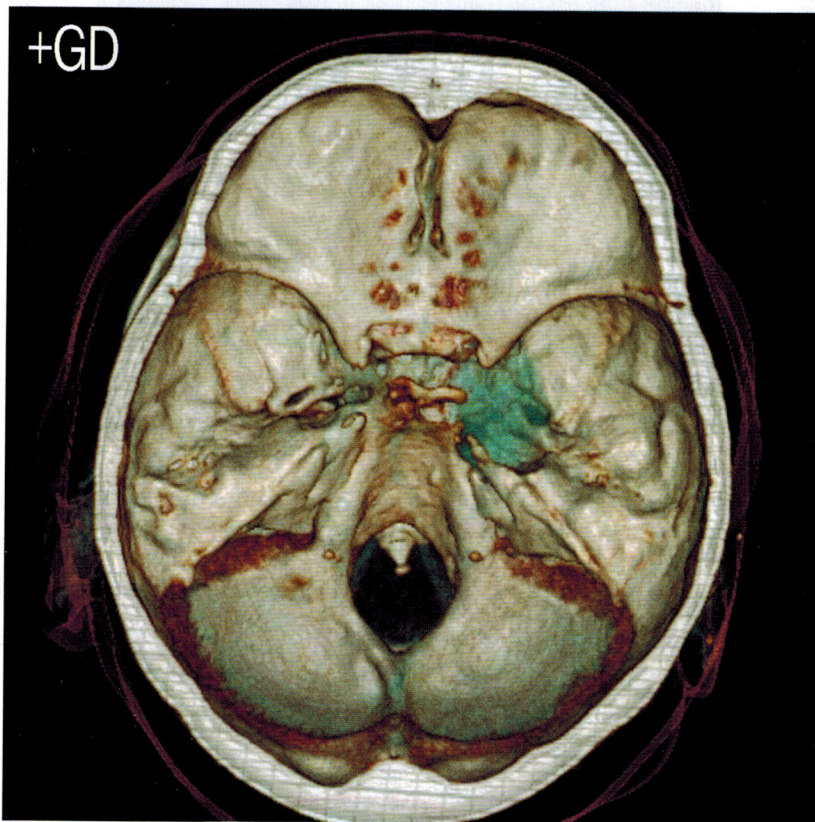


Рис. 1599. Объемная реконструкция аденомы. После внутривенного контрастирования определяется повышение плотности аденомы (см. рис. 1596, 1598) и более четкая дифференцировка опухоли (стрелка на рис. 1597) с возможностью визуализировать ее при построении объемных реконструкций

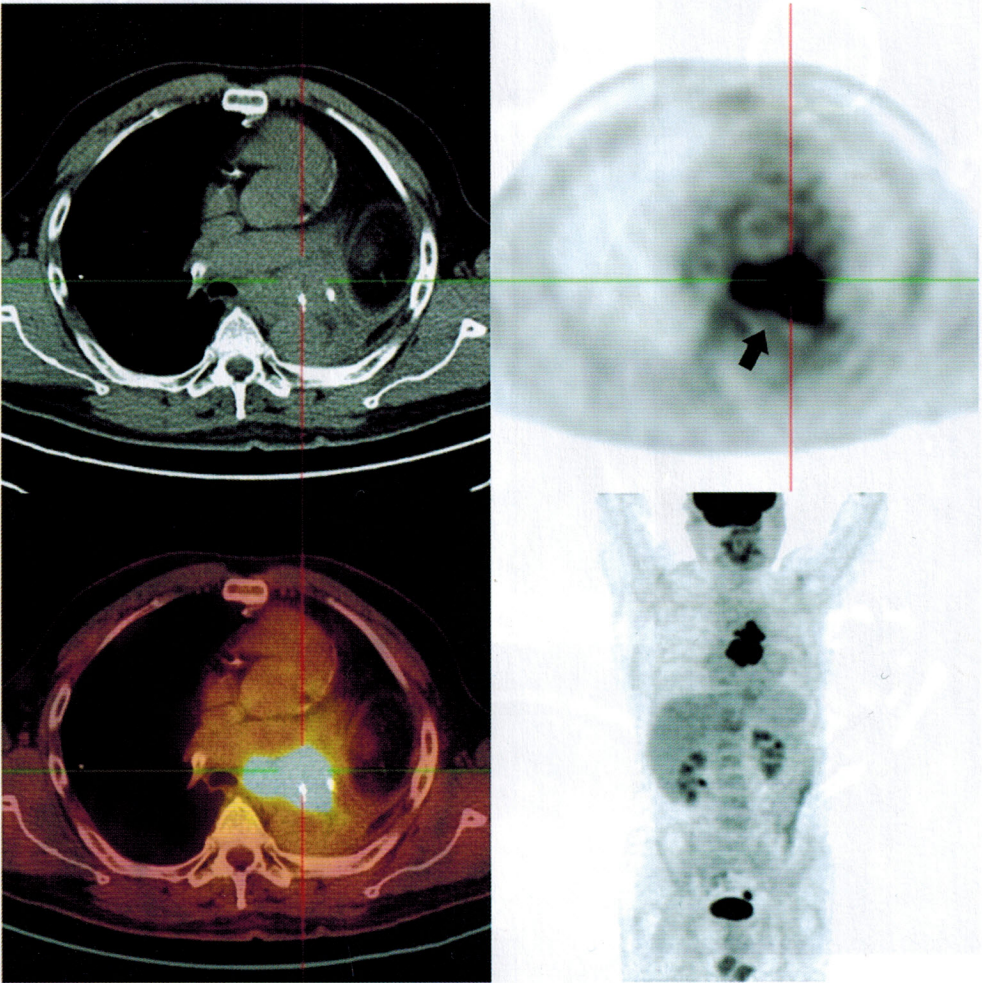


Рис. 1740. Участки фиксации радиофармпрепарата в лимфоузлах средостения и корне левого легкого (см. стрелки на рис. 1739, с. 577) при контрольном сканировании на ПЭТ КТ с целью оценки рецидива рака левого легкого после тотальной пульмонэктомии