

Диссертационный совет Д 14.22.649

при КГМИП и ПК им. С. Б. Даниярова и КГМА им. И. К. Ахунбаева
Протокол №_ от 20.12.23 заседания экзаменационной комиссии

Состав комиссии:

д.м.н. Дюшеев Б. Д. - член диссертационного совета;

(14.01.18- нейрохирургия);

к.м.н. Жапаров Т.С. - член диссертационного совета;

(14.01.18 - нейрохирургия);

к.м.н. Мендибаев К.Т.- эксперт диссертационного совета;

(14.01.18- нейрохирургия);

к.м.н Калчаев Б. Н. - ученый секретарь диссертационного совета

(14.01.15 - травматология и ортопедия).

Повестка заседания:

Прием кандидатского экзамена по специальности 14.01.18 -
нейрохирургия от Алик кызы Элизы

Слушали: Алик кызы Элиза

Билет № 5

Вопрос: Синдром Фостера - Кеннеди.

Этиология и патогенез. Опухолевый процесс у основания лобной доли мозга, менингиома, абсцесс лобной доли мозга, иногда арахноидит в области хиазмы, реже — склероз внутренней сонной артерии. Явления ретробульбарного неврита на стороне поражения развиваются вследствие сдавления интракраниальной части зрительного нерва, застойный диск зрительного нерва на противоположной стороне возникает в результате повышения внутричерепного давления.

Клиническая картина. Для синдрома характерны следующие признаки: простая первичная атрофия зрительного нерва на стороне очага поражения в мозгу; застойный диск зрительного нерва на противоположной стороне; отсутствие или понижение обоняния соответственно стороне очага; симптомы нарушения «лобной» психики больного склонность к шуткам, непонимание тяжести своего положения.

Развитие синдрома начинается с появления центральной скотомы и снижения зрения в одном глазу, при этом на глазном дне видимых изменений еще не отмечается. Атрофия зрительного нерва наступает позднее, причем более выражено побледнение височной половины диска зрительного нерва. На втором глазу через некоторое время развивается застойный диск зрительного нерва с последующим переходом во вторичную атрофию. Острота зрения этого глаза длительное время сохраняется достаточно высокой и начинает ухудшаться по мере развития вторичной атрофии. Наблюдаются также изменения поля зрения: концентрическое сужение периферических границ, биназальная или битемпоральная гемианопсия.

Представляет редкость так называемый обратный синдром Ферстера — Кеннеди — застойный диск зрительного нерва на стороне патологического внутричерепного процесса и простая атрофия зрительного нерва на противоположной стороне. При этом синдром возникает из-за циркуляторных нарушений или вследствие своеобразного роста опухоли, приводящего к давлению на интракраниальную часть зрительного нерва противоположной стороны.

Диагноз ставят на основании клинической картины. Дифференцируют от ретробульбарного неврита. О наличии синдрома Ферстера — Кеннеди свидетельствуют нарушения функции центральной нервной системы, изменения, выявляемые при рентгенографии черепа, и застойный диск зрительного нерва второго глаза.

Лечение направлено на устранение причины, вызвавшей развитие синдрома. При опухолевом процессе — хирургическое лечение.

Прогноз. Лечение, проведенное в начальной стадии процесса, позволяет сохранить некоторое зрение. В запущенной стадии прогноз неблагоприятный.

Вопрос: Арахноидальная киста головного мозга и ее классификация.

Ответ: Арахноидальная киста — это содержащее жидкость объёмное образование, стенкой которого является паутинная оболочка головного мозга. Чаще всего арахноидальные кисты содержат именно ликвор. В некоторых случаях в стенках кисты могут встречаться элементы мозговой ткани и рубцовый коллаген, а внутри — клетки крови, остатки воспалительного выпота и другое содержимое.

По происхождению выделяют два вида арахноидальных кист:

Кисты, которые возникли на месте отсутствующей мозговой ткани. Такие кисты появляются при врождённом недоразвитии, после травмы, инсульта или воспаления. Для них характерна стабильность симптомов и нормальное внутричерепное давление. Отделы мозга, расположенные рядом с кистой, могут деформироваться в направлении её полости, но эти изменения не распространяются на весь мозг и не влияют на циркуляцию ликвора в центральной нервной системе.

«Истинные» арахноидальные кисты. При образовании этих кист ограничиваются ликворные пространства и «зарастают» пути циркуляции ликвора. В результате повышается внутричерепное давление, болит голова и появляются другие общемозговые симптомы.

При первом виде кист операция не вернёт утраченную мозговую ткань, поэтому в таких случаях проводится активная реабилитация: нужно обучить мозг выполнять работу погибших клеток.

Во втором случае проводятся малоинвазивные хирургические вмешательства, т. е. операции через небольшие проколы. Такое лечение позволяет наладить отток ликвора из кисты, восстановить его циркуляцию и тем самым устранить симптомы.

По расположению кисты делят на два типа:

Кисты полушарий мозга — например, киста боковой щели, которая образуется в области борозды, отделяющей лобную и теменную доли от височной. Киста боковой щели — это одна из наиболее частых арахноидальных кист, она встречается в 50–60% случаев.

Срединно-базальные кисты — могут находиться под большими полушариями, в области мозжечка и части мозга между большими полушариями и мозжечком, вплоть до начала спинного мозга. К срединно-базальным кистам относят, например, ретроцеребеллярную кисту — это образование, которое расположено за мозжечком, в области задней черепной ямки.

По типу формирования кисты бывают:

изолированные;

сообщающиеся;

частично сообщающиеся, или клапанные.

Вопрос: Травматические внутричерепные гематомы.

Клиника: Во многих случаях головная боль имеет яркий оболочечный оттенок, иррадирует в глазные яблоки, в челюсти, сопровождается светобоязнью, гиперестезией с характерными мимическими реакциями.

Головная боль обычно постоянная с периодическими кризоподобными обострениями, нередко сопровождается многократной рвотой. Пострадавшие при сильной боли стонут, требуют помощи, хватаются руками за голову, мечутся в постели, лишаются сна.

После черепно-мозговой травмы у пациентов часто встречается брадикардия (почти у 1/2 больных частота пульса не превышает 60 ударов в минуту), примерно в 1/4 наблюдений отмечается повышение максимального артериального давления выше 150 мм рт. ст. У пострадавших с травматическими гематомами гематомами почти всегда удается выявить ту или иную очаговую симптоматику. Среди признаков поражения полушарий

мозга первое место принадлежит двигательным расстройствам (слабость в руке и ноге, чаще противоположных стороне гематомы). Выраженность этих расстройств бывает различной — от анизорефлексии до гемиплегии (паралича). Изредка в клинической картине внутричерепных гематом встречаются симптомы раздражения коры мозга в виде общих или фокальных эпилептических припадков. Среди краниобазальных симптомов наиболее важная роль в клинике ЧМТ придается расширению одного зрачка со снижением или утратой реакции его на свет.

Ситуационная задача:

Больной К., 46 лет обратился в клинику нейрохирургии спустя 16 часов после травмы (избит неизвестными). В момент получения травмы терял сознание на 3-5 минут. При поступлении жалобы на головную боль, тошноту. Объективно: кровоподтеки лица. Неврологически: сознание ясное, горизонтальный мелкоамблиопический нистагм при взгляде в стороны, парез лицевого нерва по центральному типу справа, легкая правосторонняя пирамидная недостаточность. Патологических и менингеальных знаков нет.

Ответ: Закрытая травма черепа с сотрясением головного мозга.

Рентгенография черепа. Лечение консервативное.

Постановили: считать, что Алик кызы Элиза сдала кандидатский экзамен по специальности 14.01.18 - нейрохирургия с оценкой «отлично».

д.м.н. Дюшеев Б. Д. –
член диссертационного совета;
(14.01.18- нейрохирургия);
к.м.н. Жапаров Т.С. –
член диссертационного совета;
(14.01.18- нейрохирургия);
к.м.н. Мендибаев К.Т.-
эксперт диссертационного совета;
(14.01.18- нейрохирургия);
к.м.н Калчаев Б. Н. –
ученый секретарь диссертационного совета
(14.01.15 - травматология и ортопедия).

