

УДК 616.327.2

Д.Т. АБДУКАДИРОВА, У.Т. АБДУКАДИРОВ, Э.М. ТОШКЕНОВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

СИНДРОМ ГАРСЕНА (случай из практики)



Абдукадилова Д.Т.

Симптомокомплекс одностороннего поражения всех черепных нервов без признаков вовлечения в патологический процесс вещества мозга и развития гипертензионного синдрома встречается в клинической практике редко. Синдром Гарсена обычно наблюдается при опухолях, исходящих из носоглотки, пирамидной и клиновидной костей. Однако в терминальной стадии карцином, с интракраниальным ростом, могут наблюдаться общемозговые симптомы и признаки поражения ствола мозга.

Ключевые слова: синдром Гарсена, новообразования носоглотки, МРТ.

Для ссылки: Абдукадирова Д.Т., Абдукадиров У.Т., Тошкенов Э.М. Синдром Гарсена // Журн. Медицина. – 2015. – №2(152). – С. 42-44

Симптомокомплекс одностороннего поражения всех черепных нервов без признаков вовлечения в патологический процесс вещества мозга и развития гипертензионного синдрома встречается в клинической практике редко. Он имеет множество синонимов: гемикраниальный полиневрит, синдром половины основания черепа, синдромы Шминке, Бартолотти – Гарсена. Чаще других эта клиническая совокупность симптомов определяется как синдром Гарсена – Гийена или Гарсена.

Развитие этого синдрома даёт основание заподозрить злокачественное новообразование краниобазальной локализации. Синдром Гарсена обычно наблюдается при опухолях, исходящих из носоглотки, пирамидной и клиновидной костей, при саркоме основания черепа и других эпидуральных новообразованиях. Реже гемикраниальная полинейропатия развивается при травматических гематомах, диабетической и инфекционно-аллергической полинейропатии, саркоидозе, менингитах, в том числе метастатических раковых (А.М. Шевченко и соавторы). В рассмотренной нами литературе число описаний синдрома Гарсена не превышает 10 наблюдений (А.М. Шевченко, Д.Р. Штульман, С.А. Лихачев).

В клинике синдрома Гарсена различают типичную и атипичную его формы. Клиническая диагностика типичной формы основывается на 4 положениях:

- 1) одностороннее поражение черепных нервов;
- 2) отсутствие симптомов внутричерепной гипертензии;
- 3) отсутствие признаков поражения вещества мозга, в частности, проводниковых двигательных и сенсорных расстройств;
- 4) наличие очагов деструкции в костях основания черепа.

Атипичность синдрома, в отличие от типичной формы, характеризуется отсутствием вовлечения в процесс

не всех черепномозговых нервов и наличием признаков поражения церебральных, в частности мозжечково-вестибулярных, структур.

В неврологических стационарах г. Андижана мы наблюдали 4 больных с синдромом Гарсена, два случая из которых мы предлагаем для рассмотрения:

Больной А., мужчина 1975 года рождения, фермер по профессии, проживающий в Наманганской области. Из анамнеза: болеет с июня 2014 года, когда у него появились первые жалобы на снижение слуха справа, был осмотрен отоларингологом, выставлен диагноз: воспаление евстахиевой трубы справа, и проведена процедура продувания. На фоне проводимых процедур к вышеуказанным жалобам присоединилась боль вокруг правого уха и в правой половине лица. Больной обратился к неврологу, был выставлен диагноз: невралгия тройничного нерва, больной госпитализирован, получил курс лечения, безрезультатно. Проведено КТ головного мозга, вывод – признаки энцефалопатии. К началу августа месяца у больного развились следующие симптомы: дисфония, дисфагия, диплопия, полуптоз справа.

Неврологический статус: ЧМН – поражение III, IV, VI пар по периферическому типу, полная офтальмоплегия, птоз, снижение зрачковой реакции на свет справа. V пара – периферическое поражение с явлениями гипестезии поверхностной чувствительности и лицевой гемипалгии справа. VIII пара – резко выраженная гипакузия справа. IX, X пары – снижение глоточного рефлекса справа, дисфония, дисфагия, смещение язычка влево, гнусавый голос.

Двигательная сфера – без изменений, чувствительность – все виды чувствительности на теле сохранены. Координация – легкое пошатывание в позе Ромберга. Вегетативная нервная система – стойкий красный дермографизм, нарушения функции органов малого таза не выявлено. Высшая нервная деятельность – сознание сохранено, когнитивные функции в пределах нормы.

Контакты: Абдукадирова Дилфуза Тайиржановна, к.м.н., доцент кафедры неврологии и детской неврологии Андижанского государственного медицинского института, г. Андижан, Узбекистан, e-mail: dr.abdukadirova@rambler.ru

Contact: Dilfuza Tayirzhanovna Abdukadirova, a Candidate of Medical Science, Associate Professor of the Department of Neurology and Child Neurology, г. Андижан, Узбекистан, e-mail: dr.abdukadirova@rambler.ru

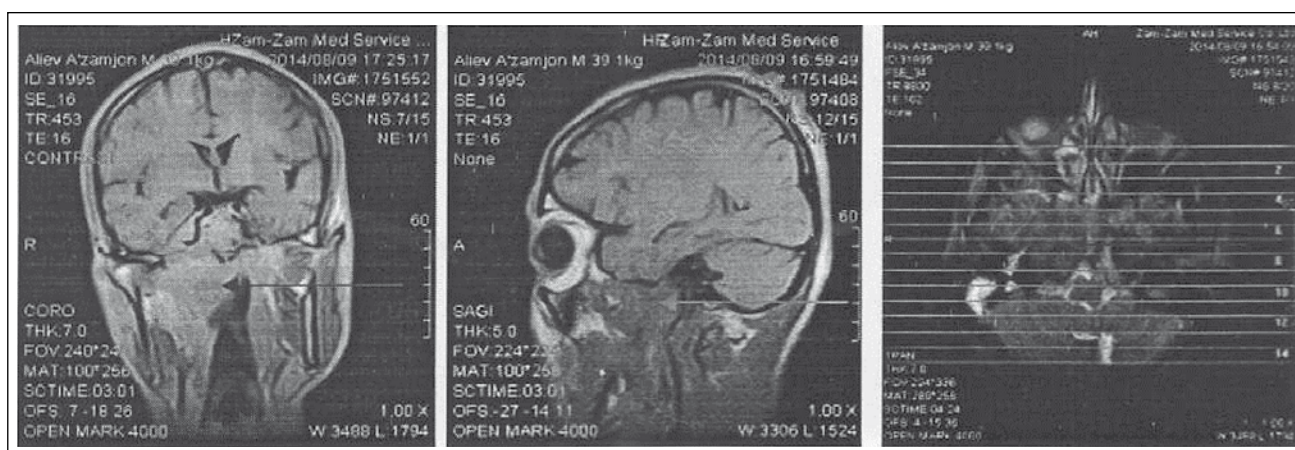


Рисунок 1 – Томограмма головного мозга после контрастирования

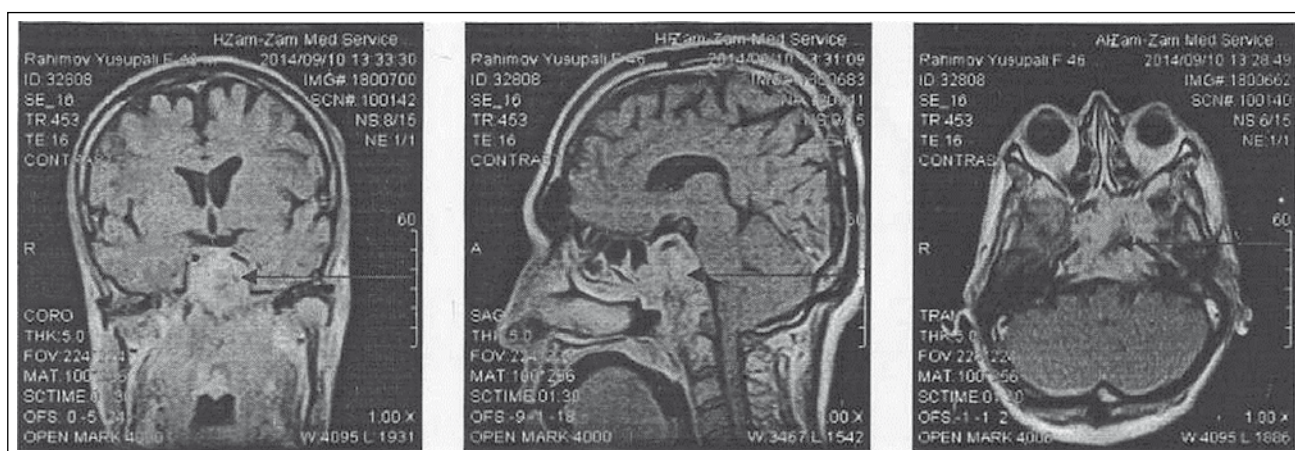


Рисунок 2 – МРТ с контрастированием

На томограмме головного мозга, выполненной после контрастирования (рис. 1), определяется очаговое образование правой стенки носоглотки, размерами сагиттально-фронтально-аксиально 44-48-50 мм, солидной гомогенной структуры, интенсивно накапливающее контраст, с четкими неровными контурами и границами, прорастающее правые крылья и правую половину тела клиновидной кости и правый кавернозный синус, правую евстахиеву трубу, распространяющееся кпереди до задней стенки правой гайморовой придаточной пазухи, кзади – до передней поверхности позвонков VC1-2, медиально – до срединной линии, латерально – до правой ветви нижней челюсти, вверх – с прорастанием дна средней черепной ямки, вниз – до уровня ротоглотки. Вывод: Новообразование правой стенки носоглотки.

Больной Б, мужчина 1968 года рождения, строитель по профессии. В начале августа 2014 года больной почувствовал боль в левой половине лица, обратился к неврологу, был поставлен диагноз: невралгия лицевого нерва слева, назначен курс терапии, который не дал ожидаемых результатов. У больного 20.08.2014 года было выявлено поражение I, II, III, IV, VI, V, VII, VIII, IX, X, XII пар ЧМН слева, без признаков проводникового поражения двигательной и чувствительной сфер. Неврологический статус: левосторонняя гипосмия, острота зрения слева 0,7, ограничение движения

глазного яблока, расширение зрачков слева (анизокория), нистагм. Снижение чувствительности в левой половине лица, отсутствие корнеального рефлекса слева. Грубо выраженный периферический паралич лицевого нерва, снижение слуха слева. Дисфагия, дисфония, снижение подвижности мягкого нёба, отсутствие глоточного рефлекса. Атаксия при выполнении координаторных проб слева.

Проведено МРТ с контрастированием (рис. 2): на томограммах головного мозга определяется очаговое образование, размерами сагиттально-фронтально-аксиально 50-64-54 мм, неправильной узловой формы, с четкими неровными контурами и границами, солидной структуры, интенсивно однородно накапливающее контраст, занимающее тело клиновидной кости и прорастающее кавернозные синусы, с обеих сторон, задние ячейки решетчатой пазухи, деформирующее и сдавливающее ствол мозга, турецкое седло и носоглотку, перекрывающее задние отверстия полости носа и просвет левой евстахиевой трубы. Тотальные инфильтраты структур левого среднего уха и ячеек сосцевидного отростка. Вывод: новообразование основания черепа. Тотальные инфильтраты левого среднего уха.

У рассмотренных больных имела место атипичная форма синдрома Гарсена. Особенности такого течения синдрома объясняется характером и локализацией патологического процесса. Поэтому справедливо отметить, что

синдром Гарсена у этих больных был лишь стадией развития заболевания, но и учитывать, что у других больных с типичным синдромом Гарсена в терминальной стадии карцином носоглотки с интракраниальным ростом также развились общемозговые симптомы и признаки поражения ствола мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Акимов Г.Л., Одинак К.А. Дифференциальная диагностика нервных болезней: рук-во для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 664 с.
- 2 Гаришина М.Ф. Редкие и труднодиагностируемые нервно-психические заболевания и синдромы. – Пермь, 1980. – С. 22-23
- 3 Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Злокачественная двусторонняя каротидная хемодектома // Хирургия. – 1998. – №6. – С. 100-102
- 4 Гунько Р.И. Метастазы злокачественной хемодектомы шеи в кости // Вестник рентгенологии и рад. – 1989. – №6. – С. 79-80
- 5 Зотов С.П., Фокин А.А., Вербовецкий Л.П. Диагностика и хирургическое лечение каротидной хемодектомы // Актуальные вопросы лечения злокачественных опухолей головы и шеи. – М., 1991. – С. 152-153
- 6 Кармилов В.А., Дубкин Б.П., Крылов Л.М. Клинико-морфологическая и электронно-микроскопическая характеристика хемодектом шеи // Архив патологии. – 1989. – №2. – С. 78-81
- 7 Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К. Исходная локализация опухоли как фактор прогноза при хемодектомах шеи // Стоматология. – 1995. – №5. – С. 49-51
- 8 Пархоменко В.М., Вольхин К.А. Синдром Гарсена у больного злокачественной хемодектомой области шеи // Клиническая медицина. – 1995. – №4. – С. 84-85
- 9 Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Изд-во Де-юре, 1996
- 10 Шутов А. А. Неврологические раритеты. – Пермь, 1992. – С. 8-9

ТҶҲҲҲҲҲ

**Д.Т. АБДУКАДИРОВА, У.Т. АБДУКАДИРОВ,
Э.М. ТОШКЕНОВ**

*Андижан мемлекеттік медицина университети,
Андижан қ., Өзбекстан*

ГАРСЕН СИНДРОМЫ

Ми затын патологиялық үрдіске қатыстыру және гипертензия синдромының даму белгісіз барлық бас сүйек жүйкелерінің бір жақты зақымдану белгісінің кешені емханалық тәжірибеде сирек кездеседі. Гарсен синдромы әдетте жұтқыншақтың мұрын жақ бөлігінен, пирамидалық және сына тәрізді сүйектерден туындайтын ісіктер кезінде байқалады. Алайда карциноммен, интракраниальды өсумен терминдік дәрежесінде жалпы ми белгілері және ми бағанасының зақымдану белгілері байқалуы мүмкін.

Негізгі сөздер: Гарсен синдромы, жұтқыншақтың мұрын жақ бөлігінде жаңа түзілулер, МРТ.

SUMMARY

**D.T. ABDUKADIROVA, U.T. ABDUKADIROV,
E.M. TOSHKENOV**

Andijan State Medical Institute, Andijan c., Uzbekistan

GARSIN'S SYNDROME

In clinical practice doming unilateral symptom of cranial nerves without signs of involvement in the pathological process of the brain substance and the development of hypertensive syndrome occurs rarely. Garcin syndrome usually observes in tumors of nasopharynx, pyramidal and sphenoid bones. However, in the terminal stage of carcinoma with intracranial growth common cerebral symptoms and signs of brain stem impoinment may be observed.

Key words: Garsin's syndrome, neoplasms of the nasopharynx, MRI.

Статья поступила в редакцию 29.01.2015 г.