

ИЗ ОПЫТА РАСПОЗНАВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Ш. И. Железнова и Н. Г. Черкасова

Клиника нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова

Под нашим наблюдением было 46 больных с опухолями задней черепной ямки, из них у 10 были опухоли мозжечка, у 4 — IV желудочка, у 10 — ствола мозга, у 15 — мосто-мозжечкового угла и у 7 — опухоли неуточненной локализации. Верифицированы на секции и на операции 33 случая. Гистологические диагнозы установлены только в 20 случаях, из них в 10 была невринома, в одном спонгиобластома, в одном эндотелиома, в одном папиллома, в двух глиома, в одном мультиформная глио-бластома, в двух медуллобластома, в одном фибриллярная астроцитомы и в одном случае пролиферирующая астроцитная глиома (или глиосаркома). Подверглись операции 17 больных. 9 из них умерли в послеоперационном периоде. 4 больных были выписаны домой, одна из них после удаления невриномы мосто-мозжечкового угла живет уже 7 лет в удовлетворительном состоянии. Умерли в нашем отделении 20 человек; все они поступили в тяжелом состоянии. Остальные больные были выписаны домой в связи с отказом от операции.

Среди больных преобладали женщины (более чем в 2 раза). Почти 50% больных были в возрасте от 10 до 30 лет и 5 чел. — старше 40 лет.

Начало заболевания, как правило, было постепенным, и только у 3 больных с опухолями ствола мозга заболевание началось остро в виде приступа резкой головной боли со рвотой, с повышением температуры и затемнением сознания; одна из них погибла на 5-й день, не приходя в сознание. У 2 больных заболевание выявилось после травмы головы, у одного после гриппа, одна заболела во время беременности.

Совпадение начала заболевания с гриппом, ушибом головы, беременностью отмечалось и в литературе (А. А. Рубанович). Указывалось также, что под влиянием травмы, беременности и некоторых других моментов происходит ускорение темпа роста опухоли, ее малигнизация (В. И. Тайцлин).

Примером проявления опухоли после гриппа может служить больной Ф., 12 лет, переведенный в нашу клинику 7/III 1959 г. из детского отделения, куда он поступил 10/X 1958 г. в связи с жалобами на головные боли, головокружение и упорную рвоту. При поступлении состояние было тяжелое: заторможен, сонлив, походка атактическая, нистагм, сглаженность правой носогубной складки, брадикардия. На глазном дне застойные соски, в спинномозговой жидкости белка — 0,33%, цитоз — 2/3. После противовоспалительного и дегидратационного лечения состояние улучшилось. 2/XII 1958 г. заболел эпидемическим паротитом, после чего резко отяжелел, стало падать зрение, появились менингеальные знаки, аритмия. Парезов, выраженной атаксии в конечностях нет. Диффузная гипотония, больше слева. Арефлексия. На краниограмме выражены пальцевые вдавления в своде черепа, остеопороз спинки турецкого седла. Смерть наступила внезапно при явлениях остановки дыхания. Диагноз: эндотелиома, исходящая из дна IV желудочка, кровоизлияние вокруг опухоли, гидроцефалия.

Травма головы непосредственно предшествовала появлению первых симптомов опухоли головного мозга у нашего больного С., 32 лет, который поступил 11/XI 1960 г. с жалобами на головные боли, шаткость походки, понижение зрения, рвоту. Считает себя больным 3 мес. после ушиба головы рычагом, закрывающим задний борт самосвала. Развитие заболевания — постепенно прогрессирующее.

При поступлении обнаружена атаксия при ходьбе и стоянии, легкий двухсторонний симптом Кернига, резкое снижение корнеальных рефлексов, нистагм при взгляде вправо и непостоянный при взгляде влево и вверх, глухота на левое ухо. Легкая атаксия в левой руке. Сухожильные рефлексы без ясной разницы сторон, симптом Бабинского справа и Пуссепе слева. На глазном дне застойные соски, на томограммах черепа — явления гипертензии с отсутствием спинки и задних клиновидных отростков турецкого седла. На ЭЭГ определяются общемозговые изменения. Патологическая активность преобладает при базально-радиальных отведениях. Имеются данные, свидетельствующие о давлении на срединные отделы мозга. Больному произведена операция, обнаружена невринома левого VIII нерва.

Острое начало заболевания при опухолях головного мозга с внезапным и бурным развитием менингеального синдрома неоднократно описано в литературе. Под нашим наблюдением был К., 52 лет, у которого начало заболевания было очень бурным, с повышением температуры до 39—40°, спинномозговая жидкость была ксантохромной, цитоз 23/3, белка — 0,43%. Больной дезориентирован, неопятен. На глазном дне очажки кровоизлияний в сетчатку. Очаговых симптомов поражения цнс не определялось. Перед смертью появились менингеальные знаки, хватательный и хоботовый рефлексы.

Патанатомический диагноз: геморрагический эпендимит, гистологический — мультиформная глиобластома ствола мозга.

Течение заболевания постепенное, прогрессирующее, с ремиссиями было у 2 больных с опухолью IV желудочка и у 2 с мультиформной глиобластомой мозгового ствола.

Длительность заболевания от появления первых симптомов до смерти или до операции у 14 больных была до 6 месяцев, у 10 — 2—3 года, у 4 — до 1 года и у одного (невринома мосто-мозжечкового угла) — 10 лет. Наиболее быстрое течение заболевания (до 6 месяцев) наблюдается у больных с опухолями моста и полушарий мозжечка. У двух больных с опухолью червя мозжечка длительность заболевания составляла 1,5 и 2,5 года. При медуллобластомах один больной умер через год, второй — через 5 месяцев после начала заболевания.

Наблюдалось быстрое течение болезни при опухолях IV желудочка у детей (2 и 6 месяцев) и при спонгиобластоме у юноши 18 лет (1,5 месяца). У больных среднего возраста с опухолями той же локализации течение было более длительное (2—3 года).

Первым проявлением заболевания у большинства наших больных была головная боль. При опухолях IV желудочка она сопровождалась рвотой. При опухолях моста в начале заболевания отмечалось двоение в глазах, птоз, боли в затылке. У одного больного с опухолью моста заболевание началось со зрительных расстройств (туман в глазах); у 2 с опухолью полушарий мозжечка — с головокружения и шаткости походки; при опухолях червя у одного также вначале отмечалась шаткость походки, а у другого при той же локализации атаксия появилась лишь через 2 года, за пять месяцев до смерти.

У 4 больных с опухолью мосто-мозжечкового угла отмечалось вначале падение зрения и только позднее — снижение слуха. У одной больной с опухолью мосто-мозжечкового угла отитрическая стадия продолжалась 10 лет.

У 2 больных с опухолью IV желудочка первым симптомом была сонливость.

Общемозговые симптомы в виде головных болей и рвоты в период пребывания в клинике были выражены почти у всех больных, рвоты не было только у 4 с опухолями мосто-мозжечкового угла, у одного с опухолью моста и у одного с опухолью мозжечка.

Изменений глазного дна не было только у 5 больных. При опухолях мосто-мозжечкового угла вторичная атрофия зрительных нервов была у 4 больных, у других были застойные соски. При опухолях IV желудочка и мосто-мозжечкового угла изменения на глазном дне были у всех больных, при опухолях же моста и червя мозжечка — только у половины. При мультиформной глиобластоме ствола у одного больного были застойные соски, у другого только в терминальном периоде появились кровоизлияния в сетчатку.

При опухолях мосто-мозжечкового угла изменения на рентгенограммах были у всех больных, при опухолях мозжечка — только у половины, при опухолях IV желудочка — у 4 из 5. У одного больного с папилломой сосудистого сплетения деформация турецкого седла была столь выражена, что рентгенологи заподозрили интраселлярную опухоль. Из 10 больных с опухолью стволной локализации изменения турецкого седла рентгенологически определялись только у двух.

Менингеальные знаки отмечались у 10 больных, у 2 они были настолько выражены, что позволили при жизни диагностировать менинго-энцефалит и субарахноидальное кровоизлияние. При опухолях моста менингеальных знаков не было, при опухолях мосто-мозжечкового угла они были выражены только у 2 больных, и то слабо, а при опухолях мозжечка у 5 наблюдались отчетливо. При медуллобластомах мозжечка менингеальных знаков не было (это противоречит данным А. Я. Шияновского, считающего, что при злокачественных опухолях менингеальные знаки более выражены).

Брадикардия наблюдалась только у 3 больных: у 2 с опухолью IV желудочка и у одного с опухолью мозжечка. У половины больных с опухолями IV желудочка и полушарий мозжечка наблюдалось вынужденное положение головы. Изменения психики были у 9 больных с опухолями задней черепной ямки. При папилломе IV желудочка больная была дезориентирована, заторможена, сонлива. При опухолях моста у больных наблюдалось возбуждение и насильственный смех. Из 2 больных с мультиформной глиобластомой ствола мозга аментивный синдром был у одного и дезориентировка, неопрятность у другого. У 13-летней больной П., с опухолью полушария мозжечка (медуллобластома), в связи с эйфорией и морией предполагалась вначале лобная локализация опухоли. У 2 больных с опухолью IV желудочка отмечалась патологическая сонливость в начале болезни, а у одного из них был приступ затемнения сознания с двигательным беспокойством и стремлением куда-то бежать.

Эти данные совпадают с мнением ряда авторов, утверждающих, что психические нарушения возможны при любой локализации опухоли головного мозга. Некоторые авторы даже вообще отрицают значение характера нарушений психики для топического диагноза опухоли. Однако А. Л. Абашев-Константиновский рассматривает очаговые психопатологические синдромы в качестве ориентиров, указывающих на страдание определенных систем. Он отмечает различную их топическую значимость, определенную градацию объема и характера локальности. Так, психические расстрой-

ства, которые расцениваются как лобная патология, возникают главным образом при массивных воздействиях на мозг гипертензионных, дислокационных, сосудистых и токсических факторов. Однако подобное дефектное состояние встречается и при других локализациях.

Иллюстрацией к этому может служить следующее наблюдение.

Х., 38 лет, поступила 2/IX 1959 г. с жалобами на головные боли и слабость. Болеет 2 года. Дезориентирована, заторможена, сонлива, не может назвать собственного имени, год, месяц, задания выполняет не все. Ходит только с посторонней помощью, широко расставив ноги, мелкими шажками. Легкая сглаженность правой носогубной складки. Постоянный дрожательный гиперкинез в правой руке. Пластический тонус в руках, больше справа. Выраженный хватательный рефлекс, больше справа; намечается хоботковый рефлекс. Сухожильные рефлексы без ясной разницы сторон, брюшные вялые. Координационные пробы больная не выполняет. На глазном дне отек соска зрительных нервов.

На краниограммах значительное расширение объема турецкого седла, вход и вертикальные размеры его увеличены, дно и спинка разрушены.

10/X состояние больной резко ухудшилось, она впадала в бессознательное состояние и через несколько дней скончалась.

Диагноз: папиллома сосудистого сплетения; гидроцефалия.

Спинномозговые функции производились у 17 больных, причем давление всегда было повышено; глобулиновые реакции были положительны у половины больных. У одного больного с мультиформной глиобластомой мозгового ствола была ксантохромия.

У 2 больных с опухолью мосто-мозжечкового угла наблюдались припадки с погтерей сознания, причем у одного из них — с поворотом головы и глаз и клоническими судорогами в противоположных конечностях, у другого — с тоническими судорогами конечностей.

Из очаговой патологии преобладали изменения черепномозговой иннервации и мозжечковой системы у 29 больных. Альтернирующий синдром был лишь у 2 больных с опухолью моста, парез взора — у 6. Расстройства чувствительности в форме гемипарестезии были лишь у одного больного с опухолью мосто-мозжечкового угла. При опухолях IV желудочка у всех больных отмечалась статическая атаксия, у одного было нарушено глотание, при папилломе IV желудочка — дрожательный гиперкинез, повышение тонуса по экстрапирамидному типу, хоботковый и хватательный рефлексы.

У всех больных с опухолями моста была выраженная патология черепномозговых нервов. Альтернирующий синдром был у 2 больных, парез взора — у 3. Парез отводящего нерва был у всех больных с опухолью моста, у одного из них — двухсторонний. Мозжечковая патология определялась также у всех больных данной локализации, кроме одного. Хоботковый и хватательный рефлексы были только у одного больного. При опухолях ствола немостовой локализации очаговые симптомы были лишь у одного больного.

При локализации опухоли в мосто-мозжечковом углу у всех больных были поражены V и VIII пары черепномозговых нервов, а у четвертой части — VI и VII пары. У одной больной с невриномой мосто-мозжечкового угла отмечены постоянные подергивания мускулатуры лица на стороне опухоли. Мозжечковые симптомы выявлены у всех больных с этой локализацией опухоли, из них статическая атаксия была у 10, динамическая — у 7. Головокружения наблюдались у половины больных. Горизонтальный нистагм был у 7 больных и вертикальный — у 2.

При опухолях мозжечка горизонтальный нистагм обнаружен при локализации в полушариях у всех больных, VIII пара пострадала лишь у 2 больных из 7, бульбарные расстройства были у одного.

Н. С. Благовещенская, наблюдая 211 больных с опухолями в задней черепной ямке, отметила головокружение (чаще при опухолях мозжечка и IV желудочка) у всех, а горизонтальный нистагм — у 91,9% больных. Она утверждает, что спонтанный нистагм — не мозжечковый симптом; по ее мнению, он обусловлен поражением вестибулярного аппарата в стволе мозга. Парезы и параличи взора бывают редко, чаще при опухолях моста, а при внестволовых опухолях — в очень далеко зашедшей стадии болезни.

Из 46 наших больных горизонтальный нистагм был у 22, т. е. почти в 50% (у 4 он сочетался с вертикальным), парез взора вверх — у одного с опухолью моста и у 2 с опухолями мозжечка. Парез взора в сторону опухоли был при локализации в мосту и мосто-мозжечковом углу и в обе стороны — при опухоли моста.

Поражение слухового нерва наблюдалось у всех 15 наших больных с опухолями мосто-мозжечкового угла.

Множественные опухоли были обнаружены на секции у 3 больных: глиомы правого и левого полушарий мозжечка были у 2 больных и две невриномы VIII нерва (с двух сторон) в сочетании с олигодендроглиомой лобной доли — у одной.

У одного больного на операции обнаружена бульбоспинальная опухоль, исходящая из ствола и распространяющаяся вниз до уровня С₂ позвонка и в оральном направлении в глубь IV желудочка. Такие опухоли, по данным М. А. Салазкиной, встречаются в 0,75%. Бульбоспинальные опухоли могут развиваться как из образований

задней черепной ямки, так и из образований, заложенных в начальном отделе позвоночного канала. Они встречаются преимущественно у больных в возрасте 20—50 лет, чаще у женщин. Клиническая картина может быть разнообразной в зависимости от направления роста опухоли. Диагностика в отдельных случаях представляет значительные затруднения.

Ошибки в диагностике характера процесса, а также локализации его допущены у 7 больных с опухолями задней черепной ямки. У 2 больных с опухолями ствола мозга, ввиду острого начала заболевания, сопровождающегося лихорадкой, был определен менинго-энцефалит и субарахноидальное кровоизлияние, у 2 больных с опухолью мозжечка и мосто-мозжечкового угла при первичной госпитализации в начале заболевания был диагностирован рассеянный склероз и вестибулопатия, у больной с мультиформной глиобластомой ствола диагностировали вначале полиомиелит. У двух больных с опухолью моста и мозжечка ошибочно считали, что опухоль расположена в лобной области.

Затруднения в диагностике в некоторых случаях были связаны с изменениями в периферической крови: ускоренная РОЭ была у 5 больных и лейкоцитоз (до 16 000) — у 3, моноцитопения была у 6 больных.

Несмотря на то, что клиника опухолей задней черепной ямки достаточно изучена, все же возникают затруднения в дифференциальной диагностике между опухолью и воспалительным или сосудистым процессом в связи с острым началом и лихорадочным состоянием или в связи с длительными ремиссиями и обратным развитием ряда симптомов, а также ввиду наличия воспалительных изменений в спинномозговой жидкости и в периферической крови, в особенности когда они сочетаются с менингеальными знаками, которые бывают при опухолях головного мозга относительно часто (по И. Я. Раздольскому, в 14%).

Топическая диагностика опухолей задней черепной ямки бывает затруднена и при наличии фокальных припадков, изменений психики, а также в связи с тем, что до сих пор не все ясно в дифференциальной диагностике первичных и вторичных дислокационных стволых симптомов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абашев-Константиновский А. Л. Невропат. и псих., 1964, 1. — 2. Ананьев Г. В. *Вопр. нейрохир.*, 1963, 6 — 3. Бакунц И. Х. *Врач. дело*, 1959, 11. — 4. Благовещенская Н. С. Слуховые и вестибулярные нарушения в клинике опухолей задней черепной ямки. Автореф. канд. дисс., М., 1959. — 5. Гринберг С. А. *Казанский мед. ж.*, 1962, 2. — 6. Дубнов Б. Л. *Вопр. нейрохир.*, 1961, 2. — 7. Духин А. Л. Там же, 1959, 1. — 8. Дьячков В. Г. *Невропат. и псих.*, 1962, 4. — 9. Земская А. Г. Там же, 1958, 7. — 10. Ковалев Е. Н. Там же, 1963, 5. — 11. Минц П. П. *Тр. клиники нервных болезней и нейрохирургии, Свердловск*, 1938. — 12. Попов Н. А. *Вопр. нейрохир.*, 1953, 4. — 13. Попырева-Горелышева М. В. Клинико-морфологические сопоставления при некоторых опухолях мозжечка и IV желудочка. Автореф. канд. дисс., Свердловск, 1959. — 14. Раздольский И. Я. Опухоли головного мозга. Медгиз, М., 1954, 1. — 15. Рубанович А. А. *Вопр. клин. невропат. Сб. Воронежского мед. ин-та*, 1949. — 16. Тайцлин В. И. Опухоли района III желудочка головного мозга. Автореф. канд. дисс., Донецк, 1959. — 17. Хилкова Т. А. *Невропат. и псих.*, 1958, 7. — 18. Шияновский А. Я. *Вопр. нейрохир.*, 1961, 2.

УДК 616—07—616.74—006

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Е. А. Чехарина

Второе хирургическое отделение (зав. — чл.-кор. АМН СССР проф. А. И. Раков)
Института онкологии АМН СССР (Ленинград)

Диагностика злокачественных опухолей мягких тканей нередко сопряжена со значительными трудностями. Отдаленные результаты лечения больных этими новообразованиями оставляют желать лучшего. По материалам Института онкологии АМН СССР количество больных злокачественными опухолями мягких тканей с пятилетней продолжительностью жизни составило лишь 40,2% (Е. А. Чехарина, 1962).

Нами изучены истории болезни 150 чел., поступивших в Институт онкологии с диагнозом опухоли мягких тканей за период с 1935 по 1962 г. включительно. У 133 больных оказалась злокачественная опухоль, у 4 — доброкачественная и у 13 — неопухолевые заболевания мягких тканей. У 88 больных (из 133) были злокачественные опухоли конечностей. Новообразования были первичными; окончательный диагноз подтвержден гистологическим исследованием.