

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Асс. Е. А. Альтшулер

Из кафедры нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков)
Казанского медицинского института

Первичные множественные опухоли головного мозга неодинаковой структуры с локализацией в различных его отделах весьма редки, в особенности доброкачественные. Диагностика их при жизни крайне трудна. В доступной нам литературе мы не встретили наблюдений, подобных нашему.

К-ва, 14 лет, поступила в клинику нервных болезней 9/VII-54 г. с жалобами на головные боли, рвоту, резкое понижение зрения, шаткую походку и полную глухоту.

Родилась в срок. Ходить начала около двух лет, а говорить — с трех. В трехлетнем возрасте перенесла корь. Училась плохо. Заболевание развивалось постепенно, без видимой причины. С начала 1953 г. появились головные боли, часто приступами, и сопровождались тошнотой и рвотой. Спусти год от начала болезни, понижение слуха на правое ухо, а через несколько месяцев и на левое. В июне 1954 г. наступила полная глухота. Одновременно походка стала шаткой, понизилось зрение на оба глаза.

Физически развита соответственно возрасту. Череп гидроцефальный. Стоять может только с широко расставленными ногами; при сомкнутых ногах падает вправо. Походка атактическая. Острота зрения — счет пальцев у лица. Застойные соски зрительных нервов. Зрачковые реакции на свет резко ослаблены. Имеется горизонтальный и вертикальный нистагм. Легкая асимметрия правой носогубной складки. Полная глухота на оба уха. Парезов конечностей нет. Мышечный тонус равномерно понижен. Легкая атаксия в руках. Коленно-пяточная проба слева удается хуже. Расстройств чувствительности нет. Сухожильные рефлексы с рук слабо вызываются. Коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Патологических рефлексов нет. Больная примитивна, пуглива, ничем не интересуется, оскорбляет персонал и оказывает резкое сопротивление при лечебных манипуляциях.

Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Формула крови не представляет отклонений от нормы. Реакция Вассермана с кровью и ликвором отрицательна. Белковые реакции в ликворе положительны. Белка — 0,26%. Цитоз — 11/3.

За время пребывания в клинике общее состояние оставалось удовлетворительным. Часто натошак наблюдалась рвота. Постепенно, спустя месяц, наступила полная слепота. В остальном явления со стороны нервной системы остались без изменений.

9/VIII резко усилились головные боли, повысилась температура (в пределах 37,5—38,2°), появились легкие менингеальные симптомы, в связи с чем была сделана люмбальная пункция в лежачем положении. Выпущено 4 мл ликвора. Давление жидкости повышено. Белковые реакции отрицательны. Цитоза нет.

На второй день после пункции состояние больной резко ухудшилось, усилились головные боли, рвота. К концу дня больная впала в бессознательное состояние и в ночь на 11/VIII при явлениях упадка сердечной деятельности скончалась.

На секции установлено: массивная опухоль с кровоизлиянием в лобные отделы головного мозга, два узла новообразования в мосто-мозжечковой области, величиной с грецкий орех, гидроцефалия.

На фронтальных срезах после уплотнения мозга в формалине обнаружено большое разрушение обоих полюсов лобной доли с массами сероватого цвета и старыми кровоизлияниями в них (рис. 1). Опухоль располагается под корой и захватывает всю лобную долю обоих полушарий, оставляя неповрежденным лишь небольшой слой коры. В области хиазмы, вблизи боковых желудочков, имеется опухоль величиной с чечвицу. Капсула цела. Желудочки не расширены. Гистологически в лобных отделах полушарий мозга олигодендроглиома, в узлах мосто-мозжечкового угла невриномы.

В нашем наблюдении обращает на себя внимание резкое несоответствие между клинической картиной и патологоанатомическими данными. Несмотря на обширное распространение опухоли, захватывающей лобные доли обоих полушарий, мы при жизни больной не могли констатировать даже легких парезов в конечностях.

Интерес данного заболевания заключается и в том, что опухоли мозга различны по морфологической структуре. Две из них являлись невриномами слуховых нервов, а другие — олигодендроглиомами. Обе эти опухоли относятся к типу доброкачественных. Олигодендроглиома чаще встречается у подростков, растет медленно, но может достигать значительной величины, обычно располагается в лобных долях. Двусторонние невриномы, по данным литературы, встречаются редко. Они могут быть либо проявлением общего нейрофиброматоза (болезнь Реклингхаузена), либо одним из вариантов так называемой центральной формы этого заболевания (изолированные невриномы обоих слуховых нервов).

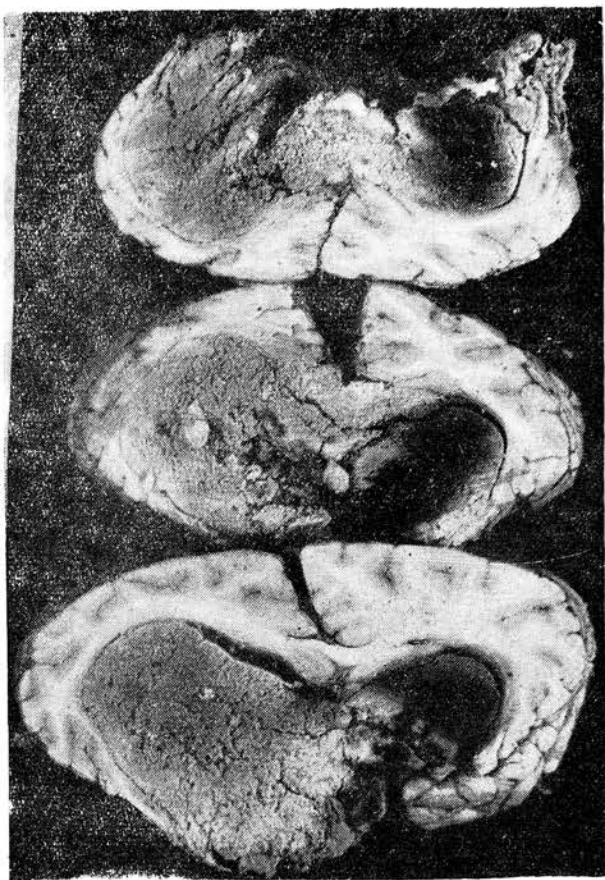


Рис. 1.

Таким образом, наша больная с множественными опухолями мозга громадных размеров жила много лет при отсутствии двигательных расстройств. Мы должны далее подчеркнуть резкое несоответствие между клинической картиной и патолого-анатомическими данными в нашем наблюдении. Это, возможно, объясняется выраженными компенсаторными функциями коры головного мозга.

Поступила в июне 1957 г.

ДИНАМИКА КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В. И. Танкеевская

Из кафедры нервных болезней (зав. — проф. Л. И. Омороков)
Казанского медицинского института

Ряд авторов отмечает значительную лабильность кровяного давления при органических заболеваниях головного мозга. Естественно, что при эпилепсии, для которой характерен инертный очаг возбуждения в больших полушариях, особенно во время эпилептического приступа и после него, следует ожидать значительных расстройств деятельности сердца и сосудистого тонуса из-за нарушения их корковой регуляции. Однако, описанные в литературе клинические исследования их сосудистого тонуса у больных эпилепсией немногочисленны и во многом противоречивы.

Нами было исследовано кровяное давление у 53 больных эпилепсией на протяжении межприпадного периода и у тех же больных в течение 48 часов после припадка. Из них в возрасте от 11 до 20 лет было 9, от 21 года до 30 лет — 24, от 31 года до 40 лет — 16, и старше 40 лет — 4. Суждение о локализации эпилептогенного очага в коре больших полушарий мы составляли на основании наблюдения за