

man D. R. Cancer. Res., 1953, 13. — 13. Duran-Reynals F. J. Biol. a. Med., 1956, 28. — 14. Engel H. C. Ann. Surg., 1959, 149. — 15. Fisher E. R., Fisher B. Cancer, 1959, 12. Ann. Surg., 1959, 150; Cancer, 1960, 13; Cancer. Res., 1960, 20. — 16. Fisher E. R., Fisher B., Lee S. H. Surg., Gynecol., Obst. 1961, 112. — 17. Fritze E. Ergebn. inn. Med. neue Folge, 1958, 9. — 18. Gasic G., Baydak T., Jacob E. Acta Unio intern. contra Cancrum, 1960, 16. — 19. Goldie H., Walker M., Jeffries B., Guy R. Proceed. Cancer. Res., 1955, 2. — 20. Goldmann E. E. Beitr. z. klin. Chir., 1897, 18. — 21. Greene H., Harvey E. K. Cancer. Res., 1960, 20. — 22. Hackmann Chr. Z. Krebsforsch., 1950, 57. — 23. Hirono J. Cancer. Res., 1958, 11. — 24. Iwasaki T. J. Path. Bact., 1916, 20. — 25. Kinsey D. L., Price E. B., Smith R. R. Cancer, 1960, 13. — 26. Lewis M. R., Cole W. H. AMA Arch. Surg., 1958, 77. — 27. Moore G. E., Sandberg A., Shubarg J. R. Ann. Surg., 1957, 146. — 28. Moore G. E., Sandberg A. A., Watne A. L. J. Am. Med. Assoc., 1960, 172. — 29. Pillemer L., Blum L., Lepow J. H., Ross O. A., Todd E. W., Wardlaw A. C. Science, 1954, 120. — 30. Pomeroy Th. Cancer. Res., 1954, 14. — 31. Roberts S. S., Watre A. L., McGrath R. G., McGraw E. A., Namos S., Cole W. H. Surg. Forum, 1957, 8. — 32. Schatten W. E. Cancer, 1958, 11. — 33. Willis R. A. The Spread of Tumours in the Human Bod. London, 1952. — 34. Wood S. AMA Arch. Pathol., 1958, 66. — 35. Warren S., Gates O. Amer. J. Cancer., 1936, 27. — 36. Zeidman I. Cancer. Res., 1961, 21. — 37. Zeidman I., Buss J. M. Cancer. Res., 1952, 12.

Поступила 12 июля 1961 г.

К КЛИНИКЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА В ГОЛОВНОЙ МОЗГ

Ш. И. Железнова и Н. Г. Черкасова

Отделение нервных болезней Республиканской клинической больницы
(главврач — Ш. В. Бикчурин) и кафедра нервных болезней
(зав. — проф. Л. И. Омороков) Казанского медицинского института

В то время как первичный рак мозга встречается чрезвычайно редко, метастатический бывает гораздо чаще. По Томсону почти половина всех мозговых опухолей относится к метастатическому раку (81 из 181), по Кушингу раковые метастазы в головной мозг составляют 7,2%, по Уолшу — 6,4—7,7%, по Крастингу — 36,8%.

Диагностика метастатических опухолей головного мозга не проста. По материалам Глобуса и Мельцера, им меньше чем в трети случаев были известны первичные очаги, позволившие установить церебральные метастазы, чаще же ставились такие ошибочные диагнозы, как менинго-энцефалит, сифилис мозга, тромбоз сосудов, психоневроз и даже «поражение невыясненной этиологии».

И. Я. Раздольский считает, что особенно часто метастазирует в головной мозг рак легких, грудной железы и желудка. Наиболее часто поражается вещество головного мозга, изредка — мягкая или твердая оболочки. В головном мозгу чаще обнаруживаются множественные узлы метастатического рака, несколько реже — одиночные узлы, очень редко — диффузное распространение комплекса раковых клеток.

Локализуются метастатические раковые узлы преимущественно в подкорковой мякоти и коре больших полушарий (чаще всего лобные и затылочные доли), реже — в мозжечке и редко — в подкорковых узлах.

Михеевым описан случай метастаза рака легкого в гипофиз, проявившийся инсультнообразно возникшим несахарным диабетом; похожий случай описан Фризбергом и Тафэ, где гипофизарная кахексия обусловлена метастазом рака легкого в основную кость и гипофиз. Кочергиным описан случай метастазов в четверохолмие с прорастанием в зрительный бугор.

Хотя клинические симптомы метастазирования рака в головной мозг и входят в общую картину опухолей головного мозга, но они имеют и свои особенности.

При метастазах в головной мозг может быть постепенное нарастание головной боли, как и других неврологических симптомов, однако более характерно инсультнообразное проявление их.

Характер головных болей особенно интенсивен, они носят рвущий, стреляющий характер, складываясь из болей за счет повышения внутричерепного давления и за счет гиперемии и отека мозговых оболочек. Клиническая симптоматика часто не отражает полностью локальных поражений мозга, обнаруживаемых на вскрытии; она может быть несложной, несмотря на множество раковых узлов в различных участках головного мозга. Очаговые симптомы нередко выявляются поздно, а некоторые очаги и вообще не проявляют себя локальными знаками, будучи перекрыты другими более резко выраженными очаговыми симптомами (Кочергин).

При большом количестве метастазов в мозгу клинические симптомы могут сводиться к минимуму (Гейманович). Однако и многоочаговая опухоль, как отмечает Оппенгейм, может быть распознана, когда имеется несколько синдромов, относя-

инхся к различным отделам головного мозга, достаточно отдаленных друг от друга. Часто явления гидроцефалии выражены умеренно, и отсутствуют застойные соски на глазном дне. Так, по данным Глобуса, застойные соски отсутствуют почти в 60% случаев, умеренно выражены в 28% и ярко выявлены всего лишь в 12%.

Кочергин на своем материале отмечает со стороны глазного дна чаще неврит, чем застойные соски.

Более быстрое, чем при обычной мозговой опухоли, развертывание общих и местных симптомов церебрального поражения характерно для раковых метастазов, вследствие чего с момента первых жалоб до смерти проходит всего 1—4 мес.

Значительное место среди общемозговых занимают менингеальные симптомы, что может быть объяснено непосредственным поражением мозговых оболочек и, с другой стороны, токсическим их раздражением.

Характерны изменения психики, носящие характер заторможенности, вялости, сонливости, подавленности, иногда спутанности, вплоть до галлюциноза.

Юдин наблюдал случай метастатического рака головного мозга, где был корсаковский синдром и аментивное состояние. На секции оказался метастаз рака надпочечника в затылочную долю.

Нами рассмотрен клинический и секционный материал, прошедший через клинику нервных болезней Казанского медицинского института за 20 лет.

За этот период наблюдалось 10 случаев метастазов рака в головной мозг (2% всех случаев опухолей головного мозга).

Источником метастазов являлись рак легких — в 8 случаях, 1 случай метастаза рака из щитовидной железы и в одном случае был метастаз пигментного рака.

Как источник метастаза в головной мозг при жизни рак легкого был распознан лишь в 6 случаях и явился неожиданной находкой на секции в двух случаях.

Во всех случаях метастазов рака легких в головной мозг первыми проявлениями болезни явились симптомы со стороны центральной нервной системы, в то время как рак легких протекал бессимптомно.

В числе этих больных было 3 женщины и 5 мужчин. Возраст их: от 30 до 40 лет — 1, от 40 до 50 лет — 2, от 50 до 60 лет — 4.

Начало заболевания в 5 случаях постепенное и в 3 — острое, инсультообразное, причем в 2 из них головные боли и рвота возникли впервые во время физического напряжения.

Общемозговые симптомы в виде головных болей отмечались у всех больных, рвоты не было только у двоих, брадикардия отмечалась в одном случае, изменений на глазном дне не было в 3, в одном — явления первичной атрофии зрительных нервов, и только в двух наблюдались застойные соски со свежими кровоизлияниями.

Очаговые симптомы были нерезко выражены в виде легкой пирамидной недостаточности (в 3 случаях) и легкой патологии со стороны черепномозговых нервов (III, VI и VII п.) — в двух. Лишь у двух больных были выражены явления афазии и правостороннего гемипареза, а у одного — резко пострадал зрительный нерв, вплоть до полной слепоты вследствие первичной его атрофии. У большинства (у 5 из 8) имелись менингеальные знаки в виде легко выраженной ригидности мышц затылка и легкого симптома Кернига. Повышение температуры, катаральные явления (кашель) отмечались у двух больных. Изменения психики в виде резкой заторможенности были только у двух.

Длительность заболевания со дня его проявления до гибели больных была от 1,5 до 3 мес. у 4, 4 мес. и 6 мес. — в остальных случаях.

На вскрытии метастатические узлы во всех случаях были множественными и располагались главным образом в полушариях головного мозга, у одного — также в мозжечке и у другого — на основании.

В случае метастаза рака из щитовидной железы в головной мозг первичный очаг при жизни не был обнаружен, и больной был оперирован по поводу опухоли головного мозга.

В случае метастазов пигментного рака в головной мозг у мужчины 29 лет источник метастазов не был обнаружен.

В заключение следует подчеркнуть, что, поскольку метастазирует в головной мозг чаще всего рак легкого и бронхов, поэтому при всяком подозрении на опухоль головного мозга следует производить тщательное рентгенологическое исследование легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамович-Разумовская и Горюнова. Сб. научн. раб. Свердловского мед. ин-та, 1958. — 2. Гейманович. Невропатология рака нервной системы. Харьков, 1939. — 3. Грингер. Клиника и диагностика первичного рака легких. 1947. — 4. Кочергин. Метастатические карциномы головного мозга. Сб. тр. клиники нервных болезней Казанского медицинского института, 1948. — 5. Краковский. Опухоли мозга и мозговых оболочек, 1958.

Поступила 16 февраля 1961 г.