

ных лимфоузлов может способствовать выявлению метастазов рака желудка в средостение.

На основании изложенного следует признать, что пункционная биопсия бифуркационных лимфоузлов имеет важное диагностическое значение и должна применяться при распознавании опухолей органов грудной клетки и их метастазов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаев М. Б. Бюлл. научно-исслед. ин-та рентгенологии, радиологии и онкологии, т. 1, вып. 1—2, Баку, 1946. — 2. Горюнова М. П. В. кн.: Проблемы онкологии. Сб. № 10. 1948. — 3. Диллон Я. Г. Первичный рак легкого. М., 1947. — 4. Жданов Д. А. Общая анатомия и физиология лимфатической системы. М., 1952. — 5. Казанский В. И., Кабанов А. Н. Хирургия, 1958, 5. — 6. Маневич В. Л. В кн.: Очерки по грудной и броншной хирургии М., 1959. — 7. Осипов Б. К. и Алиева Г. А. Рак легкого. М., 1959. — 8. Пожариский Ф. И. Вопр. онкол., 1934, IV. — 9. Потемкина Е. В., Левина Л. А. В кн.: Очерки по грудной и броншной хирургии. М., 1959. — 10. Сигал М. З. Клини. мед., 1955, 10. — 11. Голопов Г. Н. Хирургическая анатомия задней стенки перикарда. М., 1960. — 12. Холдин С. А. В кн.: Злокачественные опухоли, под ред. Н. Н. Петрова, 1956. — 13. Cort M., Robbins L. Radiology, 1951, 57, 3. — 14. Rouwiere H. Anatomie des lymphatiques de l'homme. Paris, 1932. — 15. Schiappati E. Rev. As. Med. Argentina. 1949, 663; Surgeri; Gynecologi and Obstetrics. 1958, 8.

Поступила 30 сентября 1961 г.

К ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ ЯРЕМНОГО ГЛОМУСА

Э. П. Флейс

Клиника нервных болезней (зав. — проф. В. В. Михеев) Московского
медицинского стоматологического института

Описанная 15 лет назад Розенвассером (3) опухоль яремного гломуса привлекла за последние годы внимание невропатологов, нейрохирургов, отоларингологов и рентгенологов.

В связи с разнообразной симптоматикой, свойственной этому заболеванию, возникает ряд вопросов дифференциальной диагностики.

Настоящее сообщение включает изучение 12 таких больных, находившихся под нашим наблюдением.

Исходной тканью данной опухоли является один из хеморецепторов, расположенных либо по ходу барабанных ветвей языкоглоточного и блуждающего нервов (Арнольдов и Якобсонов нервы) в скалистой кости, либо собственно яремный гломус — хеморецептор, находящийся в адвентиции верхней луковичи яремной вены, либо, наконец, опухоль возникает из хеморецептора, расположенного внутри верхнего узла блуждающего нерва. Эти хеморецепторы заложены в артерио-венозных анастомозах гломусного типа и относятся к так называемым нехромаффинным параганглиям (2).

Гломусным опухолям свойствен медленный многолетний рост; распространяясь преимущественно по преформированным пространствам, они по гистологической структуре напоминают ткань нормального гломуса.

Возникая из собственно яремного гломуса, опухоль через стенку яремной ямки, представляющую собой тонкую костную пластинку, образующую дно барабанной полости, проникает в воздушные пространства скалистой кости. Прорастание опухоли облегчается расщелинами и дефектами в стенке яремной ямки, которые встречаются нередко.

Выполнив барабанную полость, опухоль прорастает в воздушные ячейки сосцевидного отростка. Опухоли, возникающие из хеморецепторов, лежащих по ходу Арнольдова и Якобсонова нервов, вначале заполняют тимпано-мастоидные воздушные полости и лишь затем прорастают стенку яремной ямки, но уже в обратном направлении. Из яремной ямки рост опухоли может быть направлен либо вниз, иногда внутри яремной вены, как это наблюдал И. Я. Сендульский у оперированных им в 1953 и 1954 гг. больных (4), либо вверх. В этом последнем случае опухоль прорастает через заднее рваное отверстие в полость черепа. При этом опухоль чаще стелется по основанию черепа, будучи расположена экстрадурально. Отмечен также рост опухоли внутри сигмовидного синуса.

В яремном отверстии опухоль сдавливает IX, X и XI нервы, поражение которых характеризуется расстройством вкуса на задней трети языка, расстройством чувствительности глотки, иногда с утратой глоточного рефлекса. Все эти симптомы возникают на стороне опухоли. Иногда наблюдается парез соответствующей половины мягкого нёба. Голос становится хриплым из-за пареза половины гортани и соответ-

ствующей голосовой связки. Поражение XI нерва обуславливает парез грудино-ключично-сосцевидной мышцы и верхней порции трапецевидной мышцы, с быстро развивающейся их атрофией. Сочетание этих симптомов образует синдром Верне.

Часто при этом поражается XII нерв, который, по выходе из полости черепа через канал подъязычного нерва, оказывается в непосредственной близости от IX, X, XI нервов. Возникающие при этом паралич и атрофия половины языка в сочетании с признаками поражения IX, X, XI нервов входят в картину синдрома Колле—Сикара. При своем росте вниз под основанием черепа опухоль давит на верхний шейный симпатический узел, вызывая триаду Клода Бернара—Горнера. Совместное поражение четырех кaudальных черепно-мозговых нервов и симпатического входит в картину синдрома Вилларе.

В скалистой кости такая опухоль повреждает и лицевой нерв. Благодаря раздельному ходу двигательных и вкусовых волокон VII нерва, дистальнее коленчатого узла, возможно расстройство вкуса на передних двух третях языка при отсутствии пареза мимической мускулатуры, как это было в одном из наших наблюдений. Помимо пареза или паралича мимических мышц, воздействие опухоли на лицевой нерв может вызывать гемиспазм, что отмечено у двух больных.

Прорастание опухоли в полость черепа знаменует собой наиболее тяжелый этап развития болезни, хотя и в этих случаях возможно вполне удовлетворительное состояние больных на протяжении многих лет. Чаще всего интракраниально поражается тройничный нерв, что выражается легкой гипестезией в зоне иннервации одной из его ветвей или по корешковому типу. Отмечалось поражение и более оральных черепно-мозговых нервов, вплоть до полубазального синдрома.

Мозжечковые и пирамидные симптомы развиваются поздно и сравнительно редко.

Симптомы поражения уха описаны в литературе подробно (5). Они сводятся к следующему: шум в ухе пульсирующего характера, снижение слуха, а затем и полная глухота на соответствующее ухо, вестибулярные расстройства. Прорастая в наружный слуховой проход, опухоль имеет вид ушного полипа, но отличается от него кровоточивостью, пульсацией и плотностью. В этих случаях точный диагноз устанавливается биопсией.

Из 12 обследованных нами больных с опухолями яремного гломуса 10 многократно стационарировались в различные клиники и научно-исследовательские институты. Лишь у двух болезнь была правильно распознана при первом же стационарном исследовании, причем в одном наблюдении предположение об опухоли яремного гломуса было высказано, по-видимому, еще до получения данных биопсии, подтвердивших диагностику.

На разных этапах диагностировались следующие заболевания: 1) боковой амиотрофический склероз, 2) сирингомиелия, 3) стволовой энцефалит, 4) сифилитический ларингит, 5) арахноидит задней черепной ямки, 6) невринома VIII нерва, 7) парез возвратного нерва, 8) саркома основания черепа, 9) аневризма сонной артерии, 10) ушной полип.

Что касается последних двух заболеваний, то синдром, напоминающий аневризму сонной артерии, возникает при росте опухоли вниз внутри яремной вены и подробно описан (4). В отличие от аневризмы, у больных с гломусной опухолью наблюдались синдром Колле—Сикара и прорастание опухоли в наружный слуховой проход. Об отличии гломусной опухоли от полипа сказано выше. В случае сомнения детальное неврологическое исследование помогает очень рано установить правильный диагноз, подтверждаемый биопсией.

Атрофии грудино-ключично-сосцевидной и трапецевидной мышц в сочетании с нарушением фонации и атрофией мышц языка могут расцениваться как проявления бокового амиотрофического склероза. Главными отличительными признаками опухоли яремного гломуса является отсутствие фибриллярных подергиваний в пораженных мышцах, односторонность поражения, отсутствие пирамидных знаков и наличие расстройств вкуса, которые никогда не встречаются при боковом амиотрофическом склерозе. Исследование вкуса на задней трети языка необходимо производить с учетом того, что его расстройство на боковых частях корня языка связано с поражением IX, а в средней его части — преимущественно X нервов. Языкоглоточный нерв при своем ходе в яремном отверстии имеет собственный футляр из твердой мозговой оболочки, который отделяет его от идущих совместно X и XI нервов. Этим объясняется сохранность вкуса на боковой поверхности корня языка (то есть интактность IX нерва) при поражении X и XI нервов в одном из наших наблюдений. Пирамидные симптомы при опухолях яремного гломуса отмечаются только в поздних стадиях заболевания, через много лет после атрофий, когда вопрос об амиотрофическом склерозе не может быть поставлен. Характерная неврологическая картина при отсутствии диссоциированных расстройств чувствительности отличает опухоли яремного гломуса от сирингомиелии.

Необходимо учитывать, что при гломусной опухоли поражение кaudальных нервов носит все черты периферического, а не ядерного их поражения. Это позволяет исключить поражение мозгового ствола воспалительной или иной природы. При этом всегда следует принимать во внимание односторонность синдрома при гломусных опухолях.

Во всех случаях обращает на себя внимание несоответствие впечатления тяжелого поражения нервной системы, которое создается при осмотре больного, и хорошего состояния, наблюдавшегося нами у всех больных.

Парез голосовой связки, приводящий к охриплости голоса, нередко наблюдается при данном заболевании. Парез возвратного нерва может возникать как симптом многих заболеваний (струма, аневризма аорты и др.) и встречается не столь редко. Однако сочетание признаков поражения возвратного нерва с расстройством функции других волокон блуждающего нерва, а также и IX, XI и иногда XII нервов приводит к правильному заключению о поражении этих нервов в области яремного отверстия и канала подъязычного нерва.

От арахноидитов задней черепной ямки опухоли яремного гломуса отличаются, помимо своего течения, четкой неврологической симптоматикой при отсутствии стловых симптомов. Важным дифференциально-диагностическим признаком служит характер нарушения слуха, который обычно связан с поражением звукопроводящей системы. Поражение звуковоспринимающей системы может быть лишь в поздних стадиях гломусной опухоли, когда предположения об арахноидите обычно не возникает.

Что касается сарком основания черепа, то они, конечно, могут вызывать клинические синдромы поражения черепномозговых нервов, но динамика симптомов при этом другая, чем при растущей десятилетиями гломусной опухоли. Сравнение рентгенограмм подтверждает стационарность картины деструкции кости, выявляемой рентгенологически в течение нескольких лет при опухоли яремного гломуса, в отличие от прогрессирующих разрушений кости при саркомах. При гломусных опухолях, наряду с хорошим самочувствием, следует отметить отсутствие изменений крови и температурной реакции.

Описываемое заболевание приходится дифференцировать и от невринома VIII нерва, клиника и диагностика которых изучены достаточно полно (1). Паралич каудальных черепномозговых нервов при невриноме VIII нерва наступает в поздних стадиях ее роста. При этом всегда имеется тяжелая картина смещения ствола с развитием контралатеральных или гомолатеральных проводниковых расстройств. Грубые нарушения функции мозжечка приводят к расстройствам статики и локомоции. Вынужденное положение головы, а часто и гипертония дополняют картину. При гломусной опухоли больной не только удовлетворительно себя чувствует, но и зачастую продолжает трудовую деятельность. В ранних стадиях необходимо учитывать, что при гломусной опухоли поражается звукопроводящий аппарат, а при невриноме — звуковоспринимающий. При сравнительной простоте дифференциальной диагностики между невриномой VIII нерва и гломусной опухолью некоторые формы невринома могут представлять большие трудности.

Приведем краткую выписку из истории болезни больной П., где нами была ошибочно предположена опухоль яремного гломуса.

П., 60 лет, поступила 5/VI 1960 г. с жалобами на паралич левой половины лица и левой половины языка, отсутствие слуха на левое ухо, охриплость голоса.

Заболевание началось в 1948 г. с понижения слуха. К врачу впервые обратилась в 1951 г., когда появились выделения из наружного слухового прохода. В конце 1952 г. развился паралич лицевой мускулатуры слева. По поводу этих явлений произведена радикальная операция на левом ухе. До 1957 г. удовлетворительное состояние, а затем появились затруднения глотания в виде поперхивания, голос стал хриплым и приобрел носовой оттенок. Произведена повторная операция — удалено новообразование рыхлой консистенции, прораставшее в заднюю и среднюю черепные ямки.

Границы сердца расширены. Тоны приглушены.

Слева легкая гипестезия на лице, снижен роговичный рефлекс, паралич мимической мускулатуры, нарушен вкус на всей половине языка, слух отсутствует; глоточный рефлекс отсутствует, парез половины мягкого нёба и половины гортани; головная связка неподвижна; атрофия грудино-ключично-сосцевидной мышцы и верхней порции трапецевидной; грубая атрофия половины языка, поперхивание при еде. Голос хриплый. Парезов конечностей нет. Сухожильные рефлексы не оживлены, равномерны. Пошатывание в позе Ромберга. Снижен мышечный тонус в конечностях. Промохиание при пальценосовой пробе. Атаксия при коленопадной пробе слева. Расстройств чувствительности на туловище и конечностях нет.

Таким образом, у больной, перенесшей повторные операции по поводу опухоли левого уха, имелось на стороне операции поражение V нерва (очень легкое), поражение VII, VIII, IX, X, XI и XII нервов. Не было проводниковых расстройств. При получении данных биопсии, произведенной в 1957 г., диагноз невринома не оставлял никаких сомнений. Причина ошибки кроется в двух обстоятельствах. Опухоль принадлежала к редкой форме невринома слухового нерва, прорастающих в ухо. В связи с тем, что во время операции, произведенной не типичным способом, основная масса опухоли была удалена, продолженный рост опухоли в яремное отверстие и канал подъязычного нерва с развитием синдрома Колле — Сикара не сочетался с симптомами воздействия на ствол, как это обычно бывает.

Все вышеизложенное показывает, что основным методом дифференциальной диагностики опухолей яремного гломуса является тщательное неврологическое

исследование, которое, в сочетании с отоларингологическими данными¹, дает достаточную опору для правильного диагноза.

Несомненно важны и данные рентгенологического исследования, которое у двух из 12 наших больных выявило очаги деструкции в области заднего рваного отверстия. Однако в других десяти наблюдениях на обычных рентгенограммах не было каких-либо специфических для гломусной опухоли изменений. По-видимому, более обнадеживающие результаты можно получить методом томографии. У обследованных Т. Ф. Ростовцевой шести больных с опухолями яремного гломуса этим методом обнаружено расширение яремного отверстия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров Б. Г. Невринома VIII нерва, М., 1949. — 2. Guild S. Annals Otol. Laryng., 1953, 4. — 3. Rosenwasser H. Arch. Otolaryng., Chicago, 1945, 41. — 4. Sendulsky J. Československá otolaryngologie, 1959, VIII, 2. — 4. Terracol I. Le glomus jugulaire. Paris, 1956.

Поступила 21 октября 1960 г.

МЕТОД ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ РАКА ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Е. Г. Кучерков

Рентгенологическое отделение (зав. — проф. Е. Э. Абарбанель, научный руководитель — действительный член АМН СССР проф. А. И. Савицкий) Онкологического института им. П. А. Герцена

Хотя радикальные операции при раке верхнего отдела желудка и получили широкое распространение, однако еще большой процент операций при таких поражениях заканчивается пробной лапаротомией вследствие не выясненного до операции обширного распространения опухоли на окружающие органы и ткани. Это во многих случаях зависит от затруднений, которые испытываются рентгенологами при интерпретации изменений, наблюдаемых в верхнем отделе желудка в связи с ограниченностью возможностей обычного рентгенологического исследования.

Уже более 50 лет назад для уточнения рентгенодиагностики опухолей брюшной полости, в частности рака верхнего отдела желудка, было предложено газовое контрастирование брюшной полости — пневмоперитонеум. Тогда этот метод быстро получил признание в ряде стран Европы и Америки, как и в некоторых отечественных клиниках (М. М. Неменов — 1922, 1923, 1930 гг., Г. И. Хармандарьян — 1923 г., А. С. Вишневский и Д. Д. Яблоков — 1929 г.). Однако в течение последующих двух десятилетий эта методика оказалась незаслуженно забытой, и в литературе о ней мало упоминалось.

Лишь за последнее десятилетие вновь поднят вопрос о роли пневмоперитонеума в рентгенодиагностике рака верхнего отдела желудка (Н. И. Бондарь — 1952 г., Е. М. Масюкова — 1957 г., С. Г. Говзман и Л. П. Буланов — 1958 г., В. И. Казанский и А. Н. Кабанов — 1958 г., Е. М. Каган, П. В. Скалдин и В. А. Михалченко — 1959 г., К. Т. Овнатян — 1958—1959 гг., П. Бетульер и Г. Латур — 1955 г., И. Бишан — 1950 г. и др.).

Однако и по настоящее время вопрос о пневмоперитонеуме в диагностике ранних форм опухолевых поражений желудка все еще нуждается в уточнении. В частности, недостаточно изученной остается роль пневмоперитонеума в установлении начального распространения опухоли верхнего отдела желудка на пищевод, на диафрагму, селезенку, печень и лимфоузлы. Уточнения требуют и те проекции, которые способствуют выявлению взаимоотношений верхнего отдела желудка с окружающими органами.

Нами применялась общепринятая методика введения газа в брюшную полость. Для расправления воздушного пузыря желудка, спадающего при пневмоперитонеуме, многим больным применялось, кроме того, раздувание желудка, для чего им да-

¹ *Прим. ред.* По данным Kinney C. E., Thomas O. S. (Laryngoscope. 1960, 70, 1), ранними симптомами в наблюдавшихся ими семи случаях являлись пульсирующий шум в ухе, понижение слуха, боли при прорастании опухоли в барабанную полость, кровянистые или гнойные истечения из уха, в связи с чем опухоль может быть принята за полип; далее появляются парез VII нерва и другие компрессионные симптомы. При своевременном распознавании и радикальном оперативном лечении — прогноз хороший.