

ЗНАЧЕНИЕ ТРАВМЫ И ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО И СПИННОГО МОЗГА

Канд. мед. наук С. А. Гринберг

Нейрохирургическое отделение (руководитель — проф. Н. И. Комаров)
Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии
(директор — проф. Л. И. Шулуток)

Вопрос о роли травмы, как и инфекции, в развитии опухоли нервной системы является дискуссионным. Бенеке придает травме значение этиологического момента. Х. Н. Зильберштейн считает, что глиомы в области травматического рубцевания находятся в причинной зависимости от перенесенной в прошлом травмы черепа. И. Я. Раздольский же, Л. И. Смирнов и др. указывают, что травма и инфекция являются провоцирующими факторами, способствующими выявлению имеющейся опухоли, ускорению ее роста, а иногда малигнизации. В. В. Хохлова отмечает, что травма и инфекция нередко служат толчком для клинического проявления опухоли головного мозга у детей. Л. И. Смирнов считает травму и инфекцию предрасполагающими факторами, вызывающими нарушения мозгового кровообращения, ликворобращения и процессов обмена.

Из 80 наблюдавшихся нами больных с опухолями головного мозга перенесли травму 21. У 12 больных травма черепа была задолго до первых клинических симптомов опухоли, а у 9 непосредственно перед первыми ее признаками. Пять больных имели повторные травмы черепа. У 9 были опухоли типа глиом, у 3 — эпендимомы, у 3 — менингиомы, у 1 — дермоидная киста, у 1 — саркома, у 1 — невринома и у 2 — туберкулемы.

При опухолях спинного мозга из 50 больных травму в анамнезе имели 8.

У 16 больных первые симптомы опухоли головного мозга выявились после инфекции. У 10 были опухоли типа глиом, у 2 — саркомы, у 2 — невриномы и у 2 — менингиомы.

Приводим выписки из историй болезни 2 больных, у которых в анамнезе отмечены повторная травма черепа и инфекция незадолго до первых симптомов опухоли.

Б., 1941 г. рождения, поступил в тяжелом состоянии с жалобами на сильные головные боли, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, снижение остроты зрения до светоощущения и слабость в правых конечностях. В анамнезе тяжелое, по словам больного, гриппозное заболевание летом 1957 г. В дальнейшем получил удар копытом лошади в грудную клетку, при падении ушиб голову, было бессознательное состояние. Осенью 1957 г. получил повторную травму — удар деревом по теменной области, после чего были сильные боли в области темени. С этого времени головные боли постепенно усиливались и начали сопровождаться тошнотой и рвотой. С начала февраля 1958 г. стало падать зрение сперва левого, а затем и правого глаза, присоединилась слабость в правой руке.

Состояние тяжелое. Зрачки сужены, анизокория — левый > правого, реакция на свет неуловима. Застойные соски зрительных нервов. Правая глазная щель шире левой. Болезненность в супраорбитальных точках с обеих сторон. Гипестезия на правой половине лица. Сглаженность правой носо-губной складки. Объем движений в конечностях полный, но сила справа понижена. Асимметрия сухожильных рефлексов — справа > слева. Патологические рефлексы Бабинского и Россолимо. Гипестезия на правой ноге с легким нарушением мышечно-суставного чувства в стопе. Двухсторонний симптом Кернига под углом в 15°.

На рентгенограммах черепа признаки гипертензии — истончение внутренней пластинки свода черепа и диплоз, клиновидных отростков и спинки турецкого седла, резко выраженные пальцевидные вдавления.

17/IV 1959 г. произведена операция частичного удаления опухоли в теменно-затылочной области слева, опухоль без резких границ переходила в окружающую мозговую ткань. Гистологически медуллобластома.

Г., 1927 г. рождения, считает себя больной с июля 1957 г. Связывает начало заболевания с повторными ушибами головы, после которых появились головные боли с тошнотой и рвотой, головокружения и двоение в глазах. С декабря 1958 г. начало падать зрение, а в марте 1959 г. появилась слабость в левых конечностях.

При поступлении с трудом различает силуэты. Левосторонний гемипарез с парезом лицевого и подъязычного нервов центрального характера и левосторонняя гемипарестезия. Хоботковый, хватательный рефлексы и симптом Маринеско. Больная настроена эйфорично.

Застойные соски зрительных нервов. На рентгенограммах черепа — признаки интракраниальной гипертензии в виде расхождения венечного шва и усиления рисунка пальцевидных вдавлений.

15/V 1959 г. удалена (проф. Н. И. Комаров) большая опухоль в лобно-теменно-височной области справа размерами с кулак (130,0), гистологически — арахноидэндо-телиома, состоящая из 7 инкапсулированных узлов.

К моменту выписки больная свободно ходила и чувствовала себя хорошо, но оставалось значительное снижение зрения.

Приведенные наблюдения подтверждают значение таких факторов, как травмы и инфекции, для развития опухолей головного и спинного мозга. Нам кажется, что они не имеют этиологического значения, но могут играть провоцирующую роль, способствуя выявлению первых симптомов, а иногда и ускорению роста опухолей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович П. М. и Файнгольд И. В. Врач. дело, 1951, 11. — 2. Бакунянц И. X. Врач. дело, 1956, 11. — 3. Богатина Ц. Я. Экстремедуллярные опухоли. Горький, 1941. — 4. Гуськова А. К. Сб. науч. раб. Свердловского мед. ин-та. Тр. клин. нервн. бол., 1958. — 5. Зильберштейн X. Н. Тез. докл. I Все-союзн. конф. нейрохирургов, 1956. — 6. Корганов Я. Н. и Дрожникова Е. Н. Журнал невропат. и псих., 1953, 5. — 7. Рабинович В. Я. Опухоли центральной нервной системы, 1936. — 8. Раздольский И. Я. Клиника опухолей головного мозга, 1957. — 9. Смирнов Л. И. Гистогенез, гистология и топография опухолей мозга. Медгиз, 1951. — 10. Хохлова В. В. Тр. Всеросс. научно-практ. конф. нейрохирургов. М., 1956. — 11. Четвериков Н. С. Невропат. и псих., 1945, 5. — 12. Шварц А. М. Сов. невропат., психиатр., психогигиена. 1935, 8.

Поступила 2 апреля 1960 г.

О РОЛИ НЕВРОГЕННЫХ МОМЕНТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ЧЕШУЙЧАТОГО ЛИШАЯ

Проф. Я. Д. Печников

Кафедра кожных и венерических болезней (зав.— проф. Я. Д. Печников)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Еще один из основоположников отечественной дерматологии проф. А. Г. Полотебнов считал чешуйчатый лишай вазомоторным неврозом. К настоящему времени накоплено много подтверждений роли нервных факторов при этом заболевании.

Разбирая 112 историй болезни последних двух лет, в которых описывались больные чешуйчатым лишаем различных возрастов (от 6 до 64 лет) и различных профессий, мы смогли заметить, что у 42 больных решающую роль в возникновении, течении и исходе заболевания играл неврогенный фактор.

У больных этой группы первоначальные высыпания псориаза, обострения течения, рецидивы возникали под влиянием травматических повреждений, эмоциональных напряжений, обострений органических заболеваний нервной системы.

Псориаз вообще не относится к зудящим дерматозам. Однако у этих больных зуд нередко доходил до резкой степени.

Обычно применяемая в стационарной стадии псориаза раздражающая терапия была у наблюдаемой группы больных не только неэффективной, но лишь обостряющей болезненный процесс. Псориазин в 7 случаях привел к эритродермии.

Только общая успокаивающая терапия с применением брома, новокаина, снотворных средств, общих хвойных ванн, а также словесное внушение без гипноза, условнорефлекторная терапия, индифферентная наружная терапия — давали хороший терапевтический эффект.

За последние годы было выявлено, что у 16 больных псориазом, получавших в прошлом терапевтический эффект от сочетания внушения с инъекциями мышьяка или новокаина, был получен демонстративный эффект при тех же условиях и от инъекций физиологического раствора.

Поступила 8 июня 1960 г.