

Н. Д. МЕХТИЕВА, В. А. БАЛЯЗИН, А. А. САЯМОВА

К ДИАГНОСТИКЕ МЕНИНГИОМ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ
ГОЛОВНОГО МОЗГА

В статье проводится анализ 13 наблюдений менингиом боковых желудочков головного мозга с целью улучшения их диагностики. Выявлен синдром, который можно считать характерным для менингиом боковых желудочков, а также специфические для этой группы опухолей ангиографические признаки. Произведено изучение исходного места роста опухолей, а также их гистологические варианты.

До настоящего времени неврологическая диагностика менингиом боковых желудочков продолжает представлять определенные трудности, что объясняется редкостью данных опухолей и особенностями их роста в почти замкнутой, но способной к растяжению полости бокового желудочка [1].

Наглядным подтверждением редкости новообразований этой локализации могут быть данные, приводимые П. А. Пронзелевым [5]. Он сообщает, что общее число наблюдений в мировой литературе составляет 230 менингиом боковых желудочков, включая 14 наблюдений самого автора. Мы располагаем 13 верифицированными наблюдениями менингиом боковых желудочков головного мозга (за последние 20 лет), что составляет 2,8% к общему числу внутречерепных менингиом за тот же период. В подавляющем числе наблюдений неврологическое обследование давало основание заподозрить опухоль головного мозга, но точный топический диагноз вызывал большие затруднения. В связи с этим мы поставили перед собой задачу изучить клинические особенности менингиом боковых желудочков с целью уточнения их диагностики.

Менингиомы боковых желудочков, как и все менингиомы; по нашим данным, встречаются чаще у женщин (8 женщин и 5 мужчин). Наблюдаются эти новообразования у больных среднего возраста, однако могут быть и в более раннем (с 11 до 20 лет—1 набл., с 21 до 30—4, с 31 до 40—6, свыше 40—2 набл.). Исходным местом роста менингиом были: гломус оскудистого сплетения боковых желудочков с направлением роста опухоли в нижний или задний рог и центральную часть (9); строма верхней занавески сплетения (3) и в одном наблюдении строма переднего отдела бокового оскудистого сплетения с направлением роста опухоли в передний рог. Эти данные не противоречат сведениям, приводимым в литературе [5, 10, 15].

Менингиомы были больших размеров (от 95 до 230 г). Они расширяли желудочковый треугольник, центральную часть, нижний и задний

рог (в зависимости от первичного роста). В двух наблюдениях опухоль отдавливала вещество мозга. Менингиомы имели овальную или округлую форму, плотную консистенцию, были покрыты капсулой и рыхло связаны арахноидальными спайками со стенками желудочков и питающими сосудами из сплетения.

Менингиомы в 10 наблюдениях локализовались в полости правого желудочка, в 3—в полости левого.

Среди изученных менингиом боковых желудочков фибробластических было 7, менинготелиоматозных — 5, мезенхимальных — 1. Как видно из приведенных гистологических вариантов, преобладал фибробластический тип, причем исходное место роста его чаще всего связано с *glomus*-ом сосудистого сплетения.

Развитие клинической картины менингиом боковых желудочков в соответствии с большинством литературных данных происходит незаметно, и они распознаются поздно, когда уже появляются окклюзионно-гидроцефальные приступы. Это несоответствие между бедностью патологических симптомов и большими размерами опухоли характерно для менингиом боковых желудочков. Дальнейшее клиническое течение менингиом желудочков имеет также ряд особенностей. Заболевание начинается медленно, с головных болей и протекает длительно — от 6 мес. до 8 лет. В течение заболевания отмечаются продолжительные ремиссии от 1,5 мес. до 2—3 лет. Первыми симптомами заболевания изученной группы опухолей были головные боли, которые носили приступообразный характер, появляясь утром или ночью (в 5 наблюдениях отмечалась связь с переменой положения тела). Приступы головных болей сопровождались рвотами в 9 наблюдениях, в 3—головокружением. Изолированная рвота отмечалась только в одном наблюдении и была первым симптомом заболевания. При поступлении в клинику у всех больных имели место постоянные половные боли, которые приступообразно усиливались. Вынужденное положение головы наблюдалось у 5 больных — запрокидывание кзади с наклоном влево или вправо, и только у одного больного при преимущественной локализации опухоли в нижнем роге мы наблюдали своеобразное движение головы и тела, описанное Н. В. Коноваловым [3].

Двухсторонние застойные соски зрительных нервов наблюдались в 7 случаях, и только в 2 отмечен односторонний застойный сосок на стороне локализации опухоли. Вторичная атрофия зрительных нервов имела место у 3 больных, в одном наблюдении было нормальное глазное дно. Застойные соски зрительных нервов возникали вскоре после появления приступов головных болей. Амавроз установлен у одного больного, амблиопия — у 11.

У ряда больных выявлены признаки локального поражения головного мозга или перивентрикулярные (как их назвала О. С. Успенская [8]), причем в начале заболевания они носят мерцающий, преходящий характер.

По мере роста опухоли и воздействия ее на мозговые образования, а также нарастания гидроцефалии, перивентрикулярные симптомы становятся более определенными, однако резко выраженными они не бывают. К ним относятся двигательные нарушения в виде легких гемипарезов, расстройств чувствительности, гемипарезов и эпилепсии. Необходимо отметить, что наиболее выражены нарушения глубокой чувствительности. Гомонимная гемипарезия наблюдалась у 6 больных, квадрантная — у 2, что соответствовало локализации опухоли задних отделов желудочков.

В единичных наблюдениях встречались поражения III, IV, V пар черепно-мозговых нервов, что помогало в определении стороны локализации процесса. Поражения эти были нестойкими, слабовыраженными, с изменяющейся степенью выраженности. О. С. Успенская относит их к краниобазальным симптомам, возникшим в результате повышения внутричерепного давления.

Мозжечковые нарушения, которые по своему происхождению являются дислокационными, наблюдались в 8 случаях и имели непостоянный характер. Они появлялись в виде атаксии, неустойчивости в позе Ромберга, нистагмы, адиадохокинеза.

Менингеальные симптомы также имели место у наших больных [5], проявлялись ригидностью мышц затылка и симптомом Керинга. Они появлялись в поздней стадии развития опухолей. Эндокринные нарушения наблюдались лишь у одной больной в виде дисменореи.

Нарушения психики отмечены у всех больных — преобладала заторможенность, оглушенность, а иногда не критичность и эйфория, степень их выраженности колебалась в зависимости от степени повышения внутричерепного давления.

Таким образом, для менингиом боковых желудочков характерны умеренные приступы головных болей в начале заболевания, медленное течение процесса, протекающего с ремиссиями, слабые очаговые нарушения в виде гомонимной гемипарезии, слабых проводниковых и мозжечковых расстройств, позднее присоединение нарушений ликвородинамики. Описанную последовательность развития клинической картины можно считать характерной для менингиом боковых желудочков.

Более точная диагностика новообразований этой локализации возможна при применении параклинических методов исследования.

На краниограммах в 12 наблюдениях выявлены признаки, характерные только для внутричерепной гипертензии, — порозность спинки турецкого седла, остеопороз дна турецкого седла, изменения клиновидных отростков, пальцевые вдавления. И только в одном наблюдении по краниограммам можно было поставить диагноз опухоли бокового желудочка на основании выявления кальция в проекции нижнего рога бокового желудочка.

Пневмовентрикулография в наших наблюдениях была произведена только у 3 больных ввиду тяжелого состояния их к моменту поступления в клинику. На пневмограммах отмечалось гидроцефальное расширение

желудочков, дефект заполнения одного из них на стороне опухоли и легкое смещение желудочков от средней линии.

С целью уточнения гистологической природы опухоли и ее расположения у 13 больных производилась каротидная ангиография, позволившая выявить гидроцефальное напряжение сосудов на стороне локализации процесса, смещение средней мозговой артерии по задневисочному типу (11), нерезкое дугообразное смещение передней мозговой артерии за среднюю линию (11) и, что особенно характерно для менингиом боковых желудочков, гипертрофию передней ворсинчатой артерии (11 из 13), а также собственную сосудистую сеть опухоли (11 из 13).

На изменения передней ворсинчатой артерии при менингиомах боковых желудочков головного мозга указывал ряд авторов [6, 7, 11—13, 15 и др.].

В 2 наблюдениях была произведена вертебральная ангиография, позволившая на основании гипертрофии задней наружной ворсинчатой артерии и собственной сосудистой сети опухоли поставить диагноз менингиомы (рис. 1).



Рис. 1. А. Менингиома задних отделов бокового желудочка. Артериальная фаза. Вентральное смещение задней наружной ворсинчатой артерии и собственная сосудистая сеть опухоли (указано стрелками).
 Б. Менингиома задних отделов бокового желудочка. Венозная фаза. Собственная сосудистая сеть опухоли (указано стрелками).
 В. Менингиома передних отделов бокового желудочка. Артериальная фаза. Собственная сосудистая сеть опухоли и дорзальное смещение задней наружной ворсинчатой артерии (указано стрелками).

Впервые на значение вертебральной ангиографии в диагностике внутрижелудочковой опухоли обратил внимание Амели [9], в последующем на ее роль указывали и другие авторы [2, 4, 12, 14].

Вертебральная ангиография совместно с каротидной дает возможность хирургу наиболее полно увидеть размеры опухоли, ее васкуляризацию, кроме того, вертебральная ангиография является незаменимым методом диагностики в тех случаях, когда проводится дифференциальная диагностика между опухолью бокового желудочка и задней черепной ямкой.

Итак, становится очевидной значительная диагностическая роль каротидной и вертебральной ангиографии в диагностике менингиом бо-

ковых желудочков головного мозга. Все 13 больных с менингиомами боковых желудочков были оперированы. У 11 больных произведено полное удаление опухоли, у 2—частичное. Из 13 оперированных больных умерло двое. Послеоперационное течение только у одной больной осложнилось менингоэнцефалитом, после которого развился стойкий гемипарез.

В остальных наблюдениях все вышеописанные очаговые нарушения подверглись почти полному обратному развитию, стойкой осталась лишь гемипарезная гемипарезия. Некоторые больные приступили к трудовой деятельности. Катамнез больных прослежен от 1,5 до 15 лет.

Выводы

1. Менингиомы боковых желудочков располагаются чаще в задних отделах желудочковой системы.

2. Преобладающим типом менингиом в этих отделах является фибробластический.

3. Клиническая картина менингиом боковых желудочков складывается из очаговых нарушений в виде гемипарезной гемипарезии, слабых проводниковых расстройств, церебральных нарушений, медленного течения с ремиссиями и поздних гипертензионно-гидроцефальных приступов.

4. В диагностике менингиом боковых желудочков ведущее место принадлежит ангиографическому методу как наиболее щадящему и более полно определяющему характер опухоли.

5. Результаты оперативного вмешательства при правильной дооперационной оценке опухоли хорошие.

6. Восстановление функции после операции почти полное.

Кафедра и клиника нервных болезней
и нейрохирургии Ростовского на Дону
медицинского института

Поступила 27/XI 1972 г.

Ն. Դ. ՄԵԽՏԻԵՎԱ, Վ. Ա. ԲԱԼՅԱԶԻՆ, Ա. Ա. ՍԱՅԱՄՈՎԱ

ԳԼԽՈՒԴԵՂԻ ԿՈՂՄՆԱԽՈՐՀԵՐԻ ՄԵՆԻՆԳԻՈՄԱՆԵՐԻ ԱՆՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հետազոտվել է գլխուղեղի կողմնախորշերի մենինգիոմաների 13 դեպք, դրանք ավելի լավ ախտորոշելու նպատակով: Հայտնաբերվել է սինդրոմ, որը կարելի է բնորոշ համարել կողմնախորշերի մենինգիոմաներին, ինչպես նաև այս խմբի ուռուցքների սպեցիֆիկ անգիոգրաֆիական հատկանիշները: Կատարվել է ուռուցքների առաջացման տեղի և նրանց հիստոլոգիական տարբերակների ուսումնասիրում:

ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов А. И. Материалы съезда нейрохирургов. М., 1971, стр. 73.
2. Зозуля Ю. А., Пронзев П. А. В сб.: Актуальные вопросы невропатологии, нейрохирургии и психиатрии. М., 1970.
3. Коновалов Н. В. Вопросы нейрохирургии, 1947, 5, стр. 55.
4. Никольский В. А., Темиров Э. С., Балязин В. А. В сб.: Параклинические методы исследования в неврологической клинике. М., 1969, стр. 25.
5. Пронзев П. А. Проблемы нейрохирургии, 1968, 10, стр. 31.
6. Пронзев П. А. В кн.: Проблемы нейрохирургии. Киев, 1964, стр. 22.
7. Темиров Э. С. Тезисы 2-й объединенной конференции молодых нейрохирургов, посвященной 83-летию со дня рождения Н. Н. Бурденко. Киев, 1959, стр. 31.
8. Успенская О. С. Вопросы нейрохирургии, 1961, 4, стр. 39.
9. Amell N. O. Br. J. Surg., 1952, 39; 327.
10. Cushing H. and Eisenhardt L. Meningiomas, Thomas, Springfield, 1938.
11. Cassel M. and Davies H. Meningiomas in the lateral ventricles. Brain, 1961, 84: 605
12. J. Jun Shang, Huang M. D. and Chisato Arake Journal of Neurosurgery, 1964, 337.
13. Monts E. Springer, 1940, VIII, 513,
14. Rogers V. Brit. J. Radiol., 1960, 33, 389, 326.
15. Wall A. F. J. Neurol. neurosurg. Psychiat., 1954, 17:91.