

УДК 616.831-006

МАНИФЕСТАЦИЯ И ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Б.Д. Дюшеев, У.У. Козубаев, З.М. Апсаматов

Выделены четыре варианта развития клинической картины опухолей задней черепной ямки (ЗЧЯ) у лиц пожилого и старческого возраста. Отмечено различное течение заболевания в зависимости от гистобиологических особенностей новообразований и характера сопутствующих заболеваний, свойственных больным данной возрастной группы.

Ключевые слова: опухоль; задняя черепная ямка; пожилой возраст; старческий возраст.

MANIFESTATION AND VARIANTS OF CLINICAL COURSE OF THE POSTERIOR CRANIAL FOSSA (PCF) TUMORS IN ELDERLY AND SENILE

B.D. Dyusheev, U.U. Kozubaev, Z.M. Apsamatov

The article identifies four variants of the clinical picture of tumors PCF in elderly and senile patients. The course of the disease is varied depending on the histobiological features of neoplasms and nature of concomitant diseases endemic to the patients of this age group.

Key words: tumor; posterior cranial fossa; elderly and senile age.

Актуальность. Демографические изменения на рубеже XX и XXI вв. в структуре населения планеты характеризуются увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста (ЛПСВ) до 20–30 % [1–3].

Среди причин, приводящих к смерти ЛПСВ, занимают опухоли головного мозга (ОГМ). Доступность и распространенность компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) привели к значительному росту выявляемости опухолей ЗЧЯ у ЛПСВ [4–9] и в то же время значительно снизили интерес к анализу неврологических проявлений внутричерепных новообразований, что становится одним из факторов их запоздалой диагностики [4, 10, 11].

К важным причинам позднего выявления ОГМ у ЛПСВ относятся морфофункциональные изменения, присущие таким лицам, обусловленные естественными и приобретенными в течение жизни патологическими процессами в сочетании с неврологическими, психическими и соматическими нарушениями [5–7, 12–16].

Материалы и методы. Настоящая работа основана на ретроспективном анализе клинических

симптомов, вариантов развития наблюдений 314 больных пожилого и старческого возраста с верифицированными опухолями ЗЧЯ.

Результаты. Наиболее часто первоначальную симптоматику ОГМ трактовали как цереброваскулярную патологию (115 больных), воспалительные поражения структур ЗЧЯ (51 больной), как последствия черепно-мозговой травмы (12 больных). У 22 больных вторичную психопатологическую симптоматику первоначально расценивали как сосудистую деменцию. Возрастное уменьшение объема головного мозга, расширение субарахноидальных пространств, уменьшение гидрофильности мозга являются основными факторами, предрасполагающими к длительному латентному течению ОГМ у больных пожилого и старческого возраста [5, 11–14]. Начальные проявления ОГМ имеют важнейшее значение при установлении как нозологического, так и предположительного гистобиологического диагноза. Средняя продолжительность клинических проявлений опухолей ЗЧЯ различной гистологической структуры у ЛПСВ представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Средняя продолжительность клинических проявлений новообразований задней черепной ямки у лиц пожилого и старческого возраста

| Гистологическая природа опухоли | Средняя продолжительность (мес.) |
|---------------------------------|----------------------------------|
| Невриномы | 73,9±5,7 |
| Менингиомы | 69,9±7,2 |
| МТС | 7,2±1,02 |
| Ангио-ретикуломы | 15,6±4,6 |
| Астроцитомы | 9,3±1,7 |
| Эпендимомы | 19,2±4,2 |
| Прочие | 67,9±23,9 |

Как следует из таблицы 1, наименьшая длительность заболевания была отмечена при метастатических опухолях и астроцитомах ($P < 0,001$). Короткий анамнез заболевания при метастатических опухолях обусловлен общеизвестными причинами. При астроцитомах же преимущественная локализация этих опухолей в срединных структурах мозга (ствол, черве мозжечка или полости IV желудочка) обуславливают более раннюю клиническую манифестацию, чем при других новообразованиях ЗЧЯ. Наибольшую длительность клинических проявлений, как и следовало ожидать, отмечали при невриномах и менингиомах ЗЧЯ. Вышеприведенные данные о средней продолжительности заболевания при определенных гистологических структурах опухолей являются ориентировочными, так как они нивелируют значительные индивидуальные отклонения от средних показаний. Давность клинических проявлений может быть различной в пределах отдельной гистологической природе опухоли. В качестве примера могут быть представлены невриномы слухового нерва (НСН). В таблице 2 показана длительность клинических проявлений в зависимости от размеров невриномы.

Таблица 2 – Длительность клинических проявлений невриномы слухового нерва в зависимости от размеров опухоли

| Размеры опухоли, см | до 3 | 3–5 | > 5 |
|---------------------|-----------|----------|----------|
| Длительность, мес | 46,4±7,2* | 70,1±5,6 | 76±5,9** |

Примечание.* – $P < 0,05$ между невриномой слухового нерва до 3 см и невриномой слухового нерва до 5 см; ** – $P < 0,05$ между невриномой слухового нерва до 3 см и невриномой слухового нерва > 5 см.

Длительность клинических проявлений НСН увеличивается прямо пропорционально увеличению их размеров ($P < 0,05$) за исключением раз-

личий между невриномами до 5 см и невриномами более 5 см.

Первоначальные симптомы неврином у большинства (70,6 %) больных были в виде нарушений слуха, как правило, со снижением остроты слуха, реже – с шумом в ухе. Головная боль, как первоначальное проявление НСН, отмечена у 15 (13,7 %) больных, вестибулярно-мозжечковые расстройства в виде шаткости походки и головокружения – у 7 (6,3 %). Диплопия, парез мышц лица, психопатологическая симптоматика как начальные проявления НСН представлены единичными наблюдениями. Для неврином V пары начальные проявления заболевания всегда были представлены очаговыми симптомами поражения функции V, VI, VII и VIII пар черепно-мозговых нервов (ЧМН). Также локальной симптоматикой дебютировали невриномы C_1 – C_2 корешков.

Таким образом, начальные симптомы неврином ЗЧЯ у абсолютного большинства больных были представлены очаговыми неврологическими симптомами, которые указывали на локализацию процесса. Общемозговая симптоматика в виде головной боли была отмечена у 12,8 % всех больных с невриномами ЗЧЯ, у одного больного НСН дебютировала психопатологическими нарушениями.

Средняя продолжительность клинических проявлений менингиом ЗЧЯ у ЛПСВ составила $69,9 \pm 7,2$ мес., что заметно больше аналогичного показателя у больных средней возрастной группы (10). Нельзя не отметить зависимость длительности клинических проявлений менингиом ЗЧЯ от их локализации. Установлено, что наименьшая длительность клинических проявлений была при конвекситальных менингиомах мозжечка – $35,2 \pm 15,9$ мес. При менингиомах задней поверхности пирамидки височной кости давность клинических проявлений составила $85,1 \pm 11,7$ мес., при менингиомах намета мозжечка – $55,8 \pm 11,4$ мес., ската – $77 \pm 18,5$ мес. и области большого затылочного отверстия – $60,4 \pm 24,5$ мес. Краткосрочность клинических проявлений при конвекситальных менингиомах мозжечка вероятнее всего связана с более длительным латентным течением менингиом этой локализации, в отличие от остальных менингиом. Иначе говоря, конвекситальные менингиомы мозжечка долгое время протекают бессимптомно и проявляются, как правило, на стадии декомпенсации уже с грубой неврологической симптоматикой.

Увеличение доли общемозговых симптомов при менингиомах относительно неврином ЗЧЯ является отличительной особенностью первоначальных симптомов при указанных новообразованиях. Так, например, частота головной боли как первоначального симптома при менингиомах превыша-

ет частоту этого симптома при невриномах почти в 3 раза. Частые нарушения слуха как характерные первоначальные симптомы НСН (70,6 %) при менингиомах ЗЧЯ отмечены лишь у 12,6 % больных, у 22,8 % пациентов нарушение слуха наблюдали при менингиомах задней поверхности пирамидки височной кости. Почти в 2 раза чаще, чем у больных с невринами, шаткость, головокружение и локальную боль в шейно-затылочной области наблюдали в дебюте заболевания у больных с менингиомами ЗЧЯ. Нарушениями функций тройничного нерва дебютировали менингиомы задней поверхности пирамидки височной кости у 10 (17,5 %) больных и менингиомы намета мозжечка – у 2 (5,7 %). Среди других новообразований ЗЧЯ наиболее многочисленную группу составляют метастатические опухоли.

Давность клинических проявлений метастатических новообразований у 35 (73,1 %) больных не превышала 6 мес., только у 9 больных анамнестические данные указывали на длительность заболевания более одного года.

Отличительной особенностью манифестных симптомов при метастатических опухолях является значительное преобладание общемозговой симптоматики в виде головной боли различной степени выраженности (43,1 % больных). Головокружение (у 13,6 %) и шаткая походка (у 22,7 %) – следующие по частоте признаки среди первоначальных симптомов при метастатических опухолях ЗЧЯ. Диплопия как первоначальное клиническое проявление новообразования ЗЧЯ было отмечено у 2 больных с хордомами ската и у одной больной с астроцитомой варолиева моста и ножки мозга. Ретроспективный анализ дебюта и последующего развития клинической картины опухолей ЗЧЯ как отображения процесса в его динамике позволил выделить 4 варианта течения опухолей указанной локализации. К “острому” типу развития клинической картины заболевания мы отнесли наблюдения, характеризующиеся апоплектиформным началом клинических проявлений заболевания, нередко напоминавшим клиническую картину острой цереброваскулярной патологии по типу мозгового инсульта. Нарастание клинической симптоматики характеризовалось бурным течением, как правило, отсутствовал моносимптомный период, в начале заболевания внезапно появились общемозговые и очаговые симптомы. Подобное острое развитие клинической симптоматики наиболее характерно для больных с метастатическими новообразованиями ЗЧЯ (почти у каждого третьего больного), менее характерно для больных с первичными внутримозговыми новообразованиями (18,9 %).

При невринах и менингиомах ЗЧЯ у больных пожилого и старческого возраста острое развитие клинической симптоматики отмечено у 7,6 и 10,9 % соответственно. Важным патогенетическим механизмом “острого” течения заболевания, т. е. декомпенсацией состояния больных пожилого и старческого возраста в течение короткого времени, при этом типе опухолей, кроме острых нарушений ликвородинамики, следует признать большую роль сопутствующей патологии в виде недостаточности мозгового кровообращения на фоне гипертонической болезни и/или церебрального атеросклероза.

Иногда латентное течение новообразования на фоне сопутствующей патологии прерывается в результате осложнения или обострения сопутствующей патологии либо после легкой черепно-мозговой травмы (8 наблюдений).

“Подострый” тип развития клинической картины опухолей ЗЧЯ отличался относительно быстрым темпом развития и прогрессирования общемозговой и локальной неврологической симптоматики. В сроки не более чем 12 мес. от начала клинических проявлений заболевания больные были госпитализированы в нейрохирургическое учреждение. К этому же типу развития клинической картины отнесены наблюдения с различным по длительности моносимптомным периодом заболевания с последующим сравнительно быстрым нарастанием выраженной клинической симптоматики.

“Подострый” тип развития клинической картины заболевания также чаще наблюдали при метастатических опухолях ЗЧЯ (46,4 %), промежуточное положение занимают первичные внутримозговые опухоли ЗЧЯ. У каждого десятого больного с невриномой ЗЧЯ и почти у каждого шестого больного с менингиомой было отмечено подострое течение заболевания.

“Ремиттирующий” тип развития клинической картины опухолей ЗЧЯ характеризовался ослаблением или даже полным регрессом очаговых и общемозговых симптомов в клинической картине заболевания. Непостоянство очаговых и общемозговых симптомов, появление отдельных симптомов только в периоды экзacerbаций и последующий их регресс придавали этому типу течения заболевания волнообразный характер.

Ремиссии в течении заболевания, придавая атипичность клинической картине ОГМ, нередко связанные с проводимым медикаментозным лечением, часто вводили клиницистов от своевременного установления нозологического диагноза. Наиболее часто подобное течение заболевания клиницисты склонялись трактовать как церебрососудистую патологию, тем более, если такую недостаточность

мозгового кровообращения рассматривали как сопутствующую патологию.

Среди факторов, определяющих наличие ремиссий при опухолях ЗЧЯ у ЛПСВ, следует отметить следующие: во-первых, кистозную дегенерацию этих опухолей с непостоянством гидродинамического давления в полости кисты; во-вторых, ремиссии, которые в течении заболевания могут быть обусловлены излиянием кистозной жидкости в субарахноидальное пространство со спонтанной “декомпрессией” сдавленных ранее окружающих структур; в-третьих, несомненно, важная роль в возникновении ремиссий в течении заболевания принадлежит комплексу ряда компенсаторных реакций мозга и организма в целом. К последним могут быть отнесены: включение коллатерального кровообращения; улучшение ликворообращения в субарахноидальном пространстве мозга, так и по водопроводу и/или через отверстия Люшка и Мажанди IV желудочка. Нельзя не учитывать роль медикаментозной терапии, которая способствует оптимизации коллатерального мозгового кровообращения, уменьшает отек мозга, а также улучшает функцию сердечно-сосудистой системы. Конечно, важная роль принадлежит преморбидным анатомо-топографическим взаимоотношениям образований ЗЧЯ и локализации опухоли относительно ликворопроводящих путей.

Более частые ремиссии в течении заболевания отмечали при первичных внутримозговых опухолях (кистозно-перерожденных ангиоретикулемах и астроцитоммах) и доброкачественных экстрацеребральных опухолях (менингиомах и невриномах). Ремиссии при метастатических поражениях ЗЧЯ были крайне редки и кратковременны, чаще на фоне массивной дегидратационной терапии.

Следующий “медленно-прогрессирующий” или “бластоматозный” тип развития клинической картины характеризовался постепенным нарастанием первоначально возникших симптомов с последовательным присоединением локальных и общемозговых симптомов. Длительность клинических проявлений при этом типе клинического течения всегда была более 1 года.

По “медленно прогрессирующему” типу протекает большинство неврином (71,8 %), менингиом (59,6 %) ЗЧЯ. “Медленно прогрессирующий” тип формирования клинической картины не исключает и метастатическое поражение ЗЧЯ, так около 1/5 (20,5 %) подобных опухолей протекали по вышеописанному типу.

Выводы

1. Начальные проявления ОГМ ЗЧЯ у ЛПСВ имеют важнейшее значение при установлении как

нозологического, так и предположительного гистобиологического диагноза.

2. Многообразие вариантов клинического течения опухолей ЗЧЯ практически при всех гистобиологических типах у ЛПСВ следует расценивать как проявление анатомо-физиологических особенностей, характерной сопутствующей полиморбидности у данной категории больных.

3. Невриномы ЗЧЯ, как правило, дебютируют очаговыми симптомами. Менингиомы ЗЧЯ в отличие от неврином характеризуются большей пестротой очаговых первоначальных симптомов и заметным увеличением доли общемозговых симптомов в начальной фазе клинических проявлений ОГМ.

4. Среди первоначальных симптомов метастатических и внутримозговых опухолей ЗЧЯ превалирует общемозговая симптоматика, очаговые симптомы в дебюте заболевания более свойственны срединной локализации этих новообразований.

Литература

1. *Донцов В.И.* Старение: механизмы и пути преодоления / В.И. Донцов, В.Н. Крутько, А.А. Подколзин. М., 1997. 240 с.
2. *Здоровье пожилых // Доклад экспертов ВОЗ.* Женева: ВОЗ, 1992.
3. *Яхно Н.Н.* Актуальные вопросы нейрогерiatrics / Н.Н. Яхно // Достижения в нейрогерiatrics: сб. науч. работ. М., 1995. С. 9–29.
4. *Камалова Г.М.* К выбору диагностического алгоритма раннего распознавания конвекситальных менингиом в амбулаторных условиях / Г.М. Камалова // Хирургия внутречерепных экстрацеребральных опухолей. СПб.: Изд-во РНХИ им. А.Н. Поленова, 1997. С. 48–55.
5. *Ромоданов А.П.* Нейрохирургические аспекты геронтологии / А.П. Ромоданов. Киев, 1995. 415 с.
6. *Awad I.A., Kalfas I., Hahn J.F. Little J.R.* Intracranial meningiomas in the aged: surgical outcome in the era of Computed Tomography // *Neurosurgery.* V. 24. № 4. P. 557–560.
7. *Djindjian M., Caron J.P., Atayade A.A., Fevrier M.J.* Intracranial meningiomas in the elderly // *Acta Neurochir.* 1988. № 90. P. 121–123.
8. *Helseth A.* The incidence of primary central nervous system neoplasms before and after computerized tomography availability // *J. Neurosurg.* № 83 (6). P. 999–1003. 1995 Dec.
9. *Kuratsu J., Ushio Y.* Epidemiological study of primary intracranial tumors in elderly people // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 1997. V. 63 (1). P. 116–118.
10. *Маслова Л.Н.* Возможности улучшения дифференциальной диагностики внемозговых опухолей задней черепной ямки / Л.Н. Маслова, А.И. Мо-

- гильнер // Хирургия внутричерепных экстрацеребральных опухолей. СПб.: Изд-во РНХИ им. А.Н. Поленова, 1997. С. 77–85.
11. *Самойлов В.И.* Варианты дебюта и развития клинических проявлений опухолей головного мозга / В.И. Самойлов // Журн. невропатологии и психиатрии. 1986. № 5. С. 675–679.
 12. *Коновалов А.Н.* Первичные опухоли мозга у пожилых / А.Н. Коновалов // Вест. АМН СССР. 1980. № 12. С. 40–44.
 13. *Марголин Г.С.* Возрастные особенности клинического течения опухолей задней черепной ямки / Г.С. Марголин // Тр. Всерос. науч.-практ. конф. нейрохирургов. 1956. С. 124–126.
 14. *Неретин В.Я.* Опухоли головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Я. Неретин. М., 1974.
 15. *Станиславский В.Г.* Менингиомы задней черепной ямки / В.Г. Станиславский. Киев: Вища школа, 1976. 208 с.
 16. *Улитин А.Ю.* Эпидемиология первичных опухолей головного мозга среди населения крупного города и пути совершенствования организации медицинской помощи больным с данной патологией (на модели Санкт-Петербурга): автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Ю. Улитин. СПб., 1997. 22 с.