

УДК 616.432—006.55—08—053.9

Особенности дебюта опухолей задней черепной ямки у лиц пожилого и старческого возраста

Дюшеев Б.Д.

Научно-исследовательский институт нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко,
Москва, Российская Федерация

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

Выраженные демографические изменения на рубеже XX и XXI в. в структуре населения почти всех развитых стран характеризуются увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста до 20—30% [1,2,12].

Согласно широкомасштабным эпидемиологическим исследованиям последних лет, значительное место среди причин, приводящих к смерти лиц пожилого и старческого возраста, занимают опухоли головного мозга. Широкое внедрение в клиническую практику современных методов нейровизуализации (КТ и МРТ) способствовало значительному росту выявляемости опухолей данной локализации у лиц пожилого и старческого возраста [3,8,15, 16,17,20]. Вместе с тем доступность и распространенность КТ и МРТ привели к заметному снижению интереса к анализу неврологических проявлений внутричерепных новообразований, что становится одним из факторов запоздалой диагностики [3,6,9].

К важным причинам позднего выявления опухолей головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста относятся морфофункциональные изменения, присущие таким лицам, обусловленные естественными и приобретенными в течение жизни патологическими процессами с сочетанием неврологических, психических и соматических нарушений [4, 5, 7, 8,15, 16,27].

Настоящая работа основана на ретроспективном анализе наблюдений 314 больных пожилого и старческого возраста с верифицированными опухолями ЗЧЯ. Данную группу больных выделили из 2065 больных пожилого и старческого возраста с опухолями головного

мозга супра- и субтенториальной локализации, лечившихся в НИИ нейрохирургии им. акад. Н.Н.Бурденко с 1987 по 1998 г.

Наиболее часто первоначальную симптоматику опухоли головного мозга 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 опухоли головного мозга у больных пожилого и старческого возраста [4,5,7,8,9]. Начальные проявления опухоли головного мозга имеют важнейшее значение при установлении как нозологического, так и предположительного гистобиологического диагноза.

Средняя продолжительность клинических проявлений опухолей ЗЧЯ различной гистологической структуры у лиц пожилого и старческого возраста представлена в табл. 1.

Как следует из табл. 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 (в стволе, черве мозжечка или полости IV желудочка) обуславливают более раннюю клиническую манифес-

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

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

тацию, 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. В табл. 2 показана длительность клинических проявлений в зависимости от размеров невриномы.

Длительность клинических проявлений неврином слухового нерва увеличивается прямо пропорционально увеличению их размеров ($P < 0,05$), за исключением различий между невринами до 5 см и невринами более 5 см.

Корреляционный анализ (рисунок) подтвер-

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.

дил вышеописанную закономерность, выявлена положительная корреляция между размерами неврином слухового нерва и длительностью их клинических проявлений ($r = 0,44$; $P < 0,05$).

Первоначальные симптомы неврином у большинства (70,6%) больных были в виде наруше-

ний слуха, как правило, со снижением остроты слуха, реже — с шумом в ухе.

Головная боль, как первоначальное проявление невриномы слухового нерва 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 невриномы слухового нерва представлены единичными наблюдениями. Для неврином V пары начальные проявления заболевания всегда были представлены очаговыми симптомами поражения функции V, VI, VII и VIII пар. Также локальной симптоматикой дебютировали невринами $C_1—C_2$ 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 невринами ЗЧЯ, у 1 больного невриномы слухового нерва дебютировала психопатологическими нарушениями.

Средняя продолжительность клинических проявлений менингиом ЗЧЯ у лиц пожилого и старческого возраста 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 с уже 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 превышает частоту этого симптома при невринах почти в 3 раза.

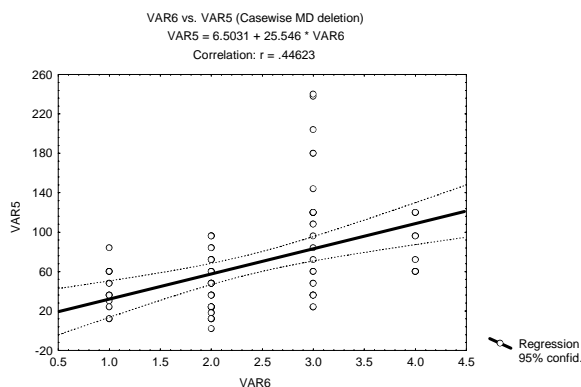


Рис. Корреляционная связь между размером невриномы слухового нерва и длительностью заболевания

Частые нарушения слуха как характерные первоначальные симптомы невриноом слухового нерва (70,6%) при менингиомах ЗЧЯ отмечены лишь у 12,6% больных, чаще у (22,8%) нарушения слуха наблюдали при менингиомах задней поверхности пирамидки височной кости.

Почти в 2 раза чаще, чем у больных с невриномами, шаткость, головокружение и локальная 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 (табл. 3).

Диплопия как первоначальное клиническое проявление новообразования ЗЧЯ было отме-

чено у 2 больных с хордомами ската и у 1 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, частота которых при различных по гистологической природе опухолях указана в табл. 4.

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 невриномах 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, то есть декомпенсации состояния больных пожилого и старчес-

Таблица 3. Первоначальные симптомы при внутримозговых и метастатических опухолях задней черепной ямки у больных пожилого и старческого возраста

Первоначальные симптомы	Гистологические типы опухолей										Всего (78 больных)	
	Ангиоретикуломы (8 больных)		Астроцитомы (9 больных)		Эпендимомы (5 больных)		Прочие (12 больных)		Метастатические опухоли (44 больных)			
	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент
Головная боль	5	62,5	1	11,1	3	60	3	25	19	43,1	31	39,7
Тошнота, рвота	1	12,5	2	22,1	1	20	—	—	1	2,2	5	6,4
Психопатологическая симптоматика	—	—	1	11,1	—	—	1	8,3	2	4,5	4	5,1
Головокружение	—	—	2	22,1	—	—	1	8,3	6	13,6	9	11,5
Шаткость	—	—	2	22,1	—	—	1	8,3	10	22,7	13	16,6
Нарушение функции V пары черепных нервов	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4,5	2	2,5
Нарушение слуха	2	25	—	—	1	20	3	25	1	2,2	7	8,9
Диплопия	—	—	1	11,1	—	—	2	16,6	—	—	3	3,8
Боль в затылочной области	—	—	—	—	—	—	—	—	3	6,8	3	3,8
Зрительные нарушения	—	—	—	—	—	—	1	8,3	—	—	1	1,2

Таблица 4. Основные варианты клинического течения опухолей задней черепной ямки у больных пожилого и старческого возраста

Тип клинического течения	Основные гистологические типы опухолей								Всего	
	Менингиомы		Невриномы		Метастатические опухоли		Внутричерепные и прочие опухоли			
	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент	Абсолютное число	Процент
Острый	13	10,9	9	7,6	16	36,4	6	17,6	44	13,4
Подострый	17	14,2	12	10,3	19	43,1	5	14,7	53	15,3
Ремиттирующий	18	15,1	12	10,3	0	0	6	17,6	36	11,8
Медленно-прогрессирующий	71	59,6	84	71,8	9	20,5	17	50	181	59,5
ИТОГО	119		117		44		34		314	100

кого 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 внутричерепные 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 эскалаций и последующий их регресс придавали

этому типу течения заболевания волнообразный характер.

Ремиссии в течении заболевания, придавая атипичность клинической картине опухоли головного мозга, 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 лиц пожилого и старческого возраста, следует отметить следующие. Во-первых, кистозную дегенерацию этих опухолей с непостоянством гидродинамического давления в полости кисты. Во-вторых, ремиссии, к которым в течение заболевания могут быть обусловлены изливанием 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 ликворобращения 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 астроцитомах) 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.

Таким образом, анализ дебюта, первоначальных симптомов и вариантов клинического течения опухолей ЗЧЯ у лиц пожилого и старческого возраста позволяет сделать следующие выводы:

— начальные проявления опухоли головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста имеют важнейшее значение при установлении как нозологического, так и предположительного гисто-биологического диагноза;

— многообразии вариантов клинического течения опухолей ЗЧЯ практически при всех гистобиологических типах у лиц пожилого и старческого возраста следует расценивать как проявление анатомо-физиологических особенностей, характерной сопутствующей полиморбидности у лиц пожилого и старческого возраста;

— 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 опухоли головного мозга;

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

Список литературы

1. Донцов В.И., Крутько В.Н., Подколзин А.А. Старение: механизмы и пути преодоления. — М. 1997. — 240 с.
2. Здоровье пожилых // Доклад экспертов ВОЗ. - ВОЗ. Женева., 1992.
3. Камалова Г.М. К выбору диагностического алгоритма раннего распознавания конвексимальных менингиом в амбулаторных условиях // Хирургия внутрочерепных экстрацеребральных опухолей. - СПб.: Изд-во РНХИ им. А.Н.Поленова, 1997.— С.48 —55.
4. Коновалов А.Н. Первичные опухоли мозга у пожилых// Вест. АМН СССР. — 1980. — №12.— С.40—44.
5. Марголин Г. С. Возрастные особенности клинического течения опухолей задней черепной ямки// Тр. Всерос. научн.-практ. конф. нейрохирургов. — 1956.— С. 124—126.
6. Маслова Л.Н., Могильнер А.И. Возможности улучшения дифференциальной диагностики внемозговых опухолей задней черепной ямки//Хирургия внутрочерепных экстрацеребральных опухолей. - СПб.: Изд-во РНХИ им. А.Н.Поленова, 1997.— С.77 — 85.
7. Неретин В.Я. Опухоли головного мозга у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— М., 1970.— 46 с.
8. Ромоданов А.П. Нейрохирургические аспекты геронтологии. - К. 1995.— 415 с.
9. Самойлов В.И. Варианты дебюта и развития клинических проявлений опухолей головного мозга//Журн. невропатологии и психиатрии. — 1986.— №5.— С.675 — 679.
10. Станиславский В.Г. Менингиомы задней черепной ямки. — К.: Вища шк. 1976. — 208 с.
11. 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. - СПб., 1997. — 22 с.
12. Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогерiatrics // Достижения в нейрогерiatrics: Сб. науч. работ. — М., 1995. — С.9—29.
13. Ярцев В.В., Коршунов А.Г., Непомнящий В.П. Некоторые аспекты эпидемиологии и классификации опухолей нервной системы//Вопр. нейрохирургии. — 1997. — №3. — С. 9 —14.
14. Arianta C., Caroli M., Villani R. Treatment of intracranial Meningiomas in patients over 70 years old// Acta Neurochir.— 1990.— 107. — P.47—55.

15. 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.
16. Kjjindjian M., Caron J.P., Atayade A.A., Fevrier M.J. Intracranial meningiomas in the elderly//Acta Neurochir.— 1988.— 90.—P. 121—123.
17. Helseth A. The incidence of primary central nervous system neoplasms before and after computerized tomography availability//J. Neurosurg. — 83(6). — 999 —1003. — 1995 Кес
18. Kellio M., Saukila R., Jaaskelainen J. et al. A population-based study on the incidence and survival rates of 3857 glioma patients diagnosed from 1953 to 1984 // Cancer. - 1991.—V.68. — 1991. —P. 1394—1400.
19. Kuratsu J., Ushio Y. Epidemiological study of primary intracranial tumors//J. Neurosurg. — 1996.— V. 84(6). — P. 946—950.
20. Kuratsu J., Ushio Y. Epidemiological study of primary intracranial tumors in elderly people // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 1997. — V. 63(1) — P. 116—118.
21. Papo I. Intracranial meningiomas in the Ctscan era// Acta Neurochir.— 1983.— 67. —P. 195—204.
22. Pertuiset B., Farah S., Clayes S., et al. Operability of intracranial meningiomas in the elderly. Personal series of 353 cases// Acta Neurochir.—1985.— 76. — P.2—11.
23. Preston-Martin S. Epidemiology of primary CNS neoplasms//Neurol. Clin. — 1996. May; V. 14(2).—P. 273—290
24. Riggs J.E. Rising primary malignant brain tumor mortality in the elderly. A manifestation of differential survival//Arch. Neurol. — 1995. — V. 52(6). — P. 571—575.

Особенности дебюта опухолей задней черепной ямки у лиц пожилого и старческого возраста

Дюшесев Б.Д.

Статья основана на большом фактическом материале 314 наблюдений над больными пожилого и старческого возраста с новообразованиями ЗЧЯ. Все больные были комплексно обследованы в НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко с 1987 по 1998 г. Давность клинических проявлений указанных новообразований в сочетании с другими анамнестическими и клиническими данными являются важными критериями при установлении нозологического диагноза. Выделены четыре варианта развития клинической картины опухолей ЗЧЯ у лиц пожилого и старческого возраста, при этом только у 59,5% больных заболевание имело “типичное”, или “медленно-прогрессирующее” течение. Частота “острого”, “подострого” и “ремиттирующего” течения заболевания была различной в зависимости от гистобиологических особенностей новообразований и характера сопутствующих заболеваний, свойственных для больных данной возрастной группы. Проведен сравнительный анализ сочетания общемозговых и очаговых симптомов в дебюте развития клинической картины при опухолях ЗЧЯ, различных по гистологической природе и локализации. Представлены ведущие механизмы ремиссий при опухолях ЗЧЯ у лиц пожилого и старческого возраста.