

**МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЛИПОМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА***Н.И. Прокопчик, Г.В. Басинский, Н.И. Хмурчик*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

1 ТМО г. Гродно,

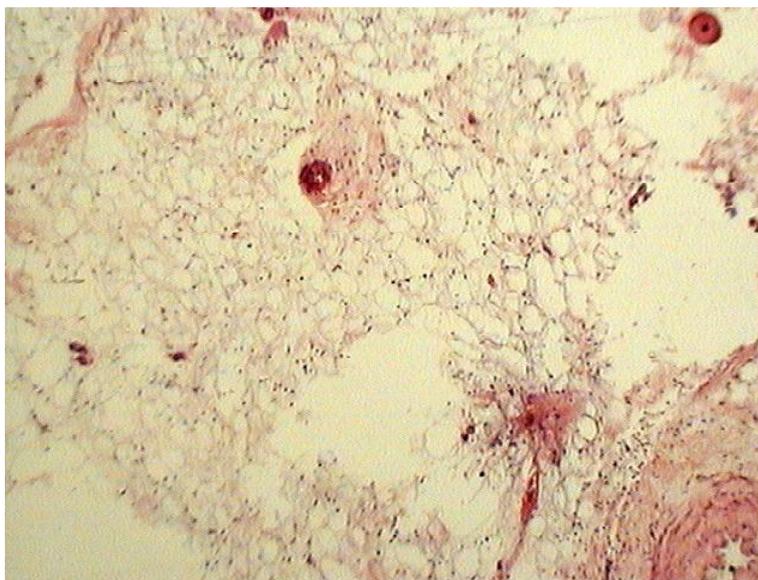
Гродненское областное бюро судебно-медицинской экспертизы

Опухоли головного мозга чаще всего имеют нейроэктодермальное и менингосудистое происхождение. Мезенхимальные опухоли головного мозга и, в частности, липомы, фибромы, ангиомы и др. встречаются редко [1, 3]. Они имеют дисэмбриогенетическое происхождение и возникают в мозге из эктопированных мезенхимальных тканей [1, 6, 7]. Липомы головного мозга встречаются очень редко, при этом они чаще всего локализируются в мозолистом теле и в сосудистых сплетениях желудочков [1, 7]. Множественные липомы головного мозга являются, по-видимому, чрезвычайно редкими: в доступной литературе мы не обнаружили соответствующих сообщений. В связи с этим приводим собственное наблюдение липомы головного мозга, имевшей мультицентрический рост и выявленной только при аутопсии.

Гражданка П. 54 лет была обнаружена мертвой в собственной квартире. При вскрытии установлено, что причиной смерти явился отек-набухание головного мозга, обусловленный обширной субдуральной гематомой, образовавшейся вследствие закрытой черепно-мозговой травмы. Обстоятельства наступления травмы остались неизвестными. Кроме этого, в головном мозге, имевшем массу 2090 г, были обнаружены 3 опухолевых узла плотно-эластической консистенции, желтого цвета, с четкими границами. Один из узлов, размером 4,5 x 4,0 x 3,5 см, локализовался в области мозолистого тела, а два других, размером 1,0 x 0,9 x 0,8 см и 0,5 x 0,4 x 0,4 см, – в гипоталамусе вокруг полости 3 желудочка мозга. При патогистологическом исследовании опухолевых узлов оказалось, что они имеют типичное строение липомы, кое-где в ткани опухоли определяются также петрификаты (рис. 1).

При последующем анализе медицин-

ской документации установлено, что до 13 лет девочка развивалась обычно, в школе училась на отлично, участвовала в хоровом, драматическом и танцевальном кружках. В последующем стала раздражительной, вспыльчивой, снизилась успеваемость в школе. В возрасте 24 лет после стрессовой ситуации впервые возник судорожный эпилептический приступ. В последующие годы они наблюдались с различной периодичностью: от нескольких эпилептических приступов за день до отсутствия их на протяжении 3 лет. Неоднократно лечилась стационарно. В возрасте 29 лет в психоневрологическом диспансере был выставлен диагноз: «Эпилепсия с судорожными приступами и умеренной деградацией личности». Приступы носили однотипный характер: начинались со слабости, головокружения, потемнения в глазах, вслед за этим наступала потеря сознания приблизительно на 1 минуту. Указаний на прикусы языка, непроизвольное мочеиспускание в медицинской документации не имеется. После приступа сохранялась общая слабость, усталость, разбитость; о случившемся она не помнила. Уже



*Рис. 1. Липома головного мозга с очажками петрификации. Окраска гематоксилином – эозином. x140.*

на ранних стадиях заболевания у больной стали отмечаться снижение интеллекта, критики к своему состоянию, астенизация, торпидность мышления, раздражительность и вспыльчивость. В последующем больная стала злоупотреблять алкоголем, вела асоциальный образ жизни. В последние 6 лет жизни характер припадков несколько изменился: они стали возникать внезапно, сопровождались прикусом языка, непроизвольным мочеиспусканием. Больная отмечала также частые головные боли, тремор всего тела, зрительные и слуховые галлюцинации. Незадолго до смерти она лечилась в ОПБ «Бояры», где был выставлен диагноз: «Синдром зависимости от алкоголя, органическое расстройство личности в связи с эпилепсией».

К сожалению, определить точное время первичной манифестации опухоли головного мозга у больной не представляется возможным, так как не проводилось РКТ или МРТ исследование головного мозга. Кроме этого, в медицинской документации отсутствует подробный неврологический статус больной, нет данных ЭЭГ, что также помогло бы в диагностике.

Неврологическая диагностика опухолей мозолистого тела сложна в связи с отсутствием патномоничных признаков [4, 5], однако некоторые характерные симптомы имели место: нарушение интеллекта и памяти, дефект психики по «лобно-му» типу, расстройства сочетанной деятельности двух полушарий головного мозга, зрительные и слуховые галлюцинации, снижение самокритики. Все это позволяет сделать вывод о том, что липома мозолистого тела оказывала влияние на течение заболевания на значительном временном промежутке.

В литературе описана также гипоталамическая, или диэнцефальная эпилепсия, характеризующаяся вегетативными кризами или вегетативно-висцеральными пароксизмами с характерной при этом

кратковременной потерей сознания и судорогами, развивающимися лишь на высоте припадка. Приступы при данной форме заболевания отличаются от «классических» форм эпилепсии, что имело место и в нашем случае на ранних стадиях заболевания. Однако следует отметить, что в последнее время термин «диэнцефальная эпилепсия» поставлен под сомнение, так как по этиологии и патогенезу эпилепсия относится к заболеваниям коры головного мозга, а подкорковые и ствольные образования принимают участие в механизмах синхронизации, но не являются первичными генераторами биоэлектрических разрядов [2].

Таким образом, ошибка в распознавании опухоли головного мозга у данной больной была обусловлена не только объективными трудностями в дифференциальной диагностике причин судорожного синдрома, но и недообследованием.

#### Литература

1. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Рук. В 2 томах. Т.2) Под ред. Н.А.Краевского и соавт., - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1993. - С. 600-620.
2. Петрухин А.С. Эпилепсия: классификация, диагностика, лечение \ Материалы 2 Республиканской школы по неврологии для молодых специалистов. - 2003. - С. 43-64.
3. Хоминский Б.С. Гистологическая диагностика опухолей ЦНС.- М.: Медицина, 1969. - 239 с.
4. Триуморов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - Л.: Медицина, 1974. - 248 с.
5. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы. - М.: Медицина, 1995. - 512 с.
6. Запрянов З., Хубавенска Ив., Берберова А., Пешев Ж. Първични тумори на централната система по материал на Катедра по патологична анатомия - Пловдив, 1975. - 1984 г // Эксп. тед. и морфол. - 1989.- т .28, №4. - С. 1-5.
7. Maiuri Francesco, Cirillo Sossio, Simonetti Luigi Lipoma of the sylvian region. - 1989. - Vol. 91, № 4. - P. 321-323.

#### Resume

#### MULTIPLE BRAIN LIPOMAS

N.I. Prokopchik, G.V. Basinsky, N.I. Khmurchik

Clinical and morphological characteristics of one observation of the brain lipoma have been studied. 1 out of 3 knots was localized in the corpus calosum and 2 other – in hypothalamus. The diagnosis was made only during the autopsy.