

В.Г. Сахаутдинов, В.В. Афанасьев, А.А. Галлямов (Уфа—Казань). Успешное лечение больного с остеобластокластомой шейного позвонка

Случаи гигантоклеточных опухолей, локализующихся в позвонках, представлены в медицинской литературе единичными наблюдениями. Тем не менее эта группа заболеваний остается актуальной в ортопедической онкологии. Их раннее распознавание представляется исключительно сложным, так как клиническая картина неспецифична и отличается полиморфизмом, а общепринятые методы инструментального исследования не всегда оказываются информативными. В то же время своевременная диагностика — непременное условие радикального лечения больных данного контингента. Она позволяет осуществлять его при сохраненной функции спинного мозга. Основным методом лечения доброкачественных опухолей позвонков — хирургический. Цель оперативного вмешательства — декомпрессия невральных структур, восстановление физиологической формы позвоночного канала, достижение стабильности оперированных сегментов.

Приводим описание остеобластокластомы C_5 позвонка у М., 25 лет, поступившего в нейрохирургическое отделение городской клинической больницы № 21 г. Уфы 16.05.2000 г. Больной жаловался на боли в шейном отделе позвоночника, онемение в области плеча, ограничение движений и слабость в левой руке. Боли по задней поверхности шеи впервые появились полгода назад. На спондилограммах шейного отдела позвоночника, КТ и МРТ снимках были обнаружены патологические изменения в теле C_5 позвонка: неоднородность структуры, разрежение костной ткани, снижение высоты тела позвонка, сужение межпозвонковых отверстий на уровне C_5 — C_6 корешков слева (рис. 1—3).

Выраженный корешковый синдром и наличие признаков сдавления передних отделов спин-



Рис. 1. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника при поступлении.

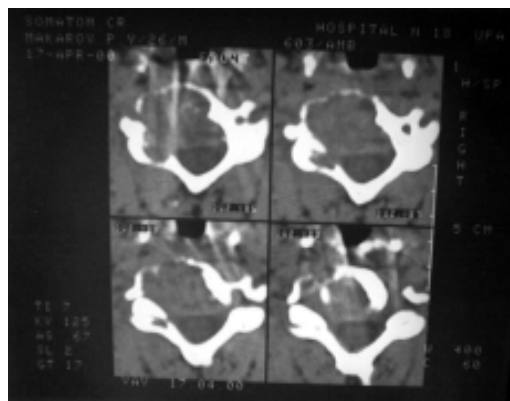


Рис. 2. Компьютерная томограмма C_5 позвонка при поступлении.

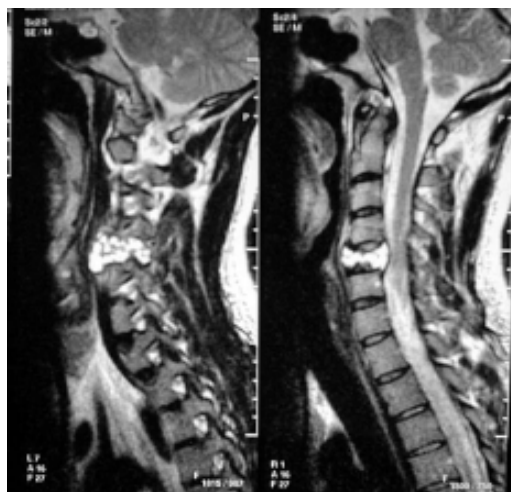


Рис. 3. Магнитно-резонансная томограмма при поступлении.

ного мозга послужили показанием к оперативному вмешательству. Оно было выполнено под общим обезболиванием, в положении больного на спине с разгибанием шеи. В проекции пораженного сегмента был произведен поперечный разрез. Послойно рассечены мягкие ткани, между сосудисто-нервным пучком и пищеводом обнажена передняя поверхность тел трех шейных позвонков (C_4 — C_5 — C_6) под рентгенологическим контролем. Над телами выделенных позвонков Н-образно рассечена передняя продольная связка. Удаление тела C_5 позвонка и смежных дисков производилось корончатой фрезой до задней продольной связки. Тело V шейного позвонка было полностью поражено опухолью и представляло собой желеобразную массу с фрагментами плотной ткани. Неизменными оставались лишь компактные пластинки тел позвонков. Опухоль распространялась до дужки позвонка преимущественно слева. После удаления измененного тела C_5 позвонка и частично его дужки произведен межтеловой спондилодез аутооттрансплантатом, взятым из крыла подвздошной кости, и осуществлена

фиксация при помощи оригинального устройства (решение о выдаче патента РФ по заявке № 2000102248/14 (002190) — “Устройство для фиксации позвоночника”).

Послеоперационный период протекал без осложнений. В первые сутки после операции отмечено обратное развитие корешкового синдрома.

Гистологическое заключение: гигантоклеточная опухоль — остеобластокластома.

В течение последующих 4 месяцев неврологи-

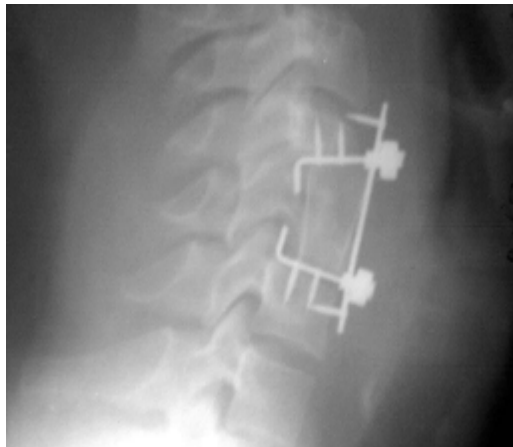


Рис. 4. Спондилограмма три месяца спустя.

ческих нарушений не отмечалось. На спондилограммах — признаки формирования костного блока между трансплантатом и телами смежных позвонков на 90-е сутки после операции (рис. 4).

Таким образом, современные методы лучевой диагностики (КТ, МРТ) дают возможность диагностировать опухоли позвоночника на ранних этапах и проводить адекватное лечение. Использование предложенной авторами конструкции позволяет надежно стабилизировать оперированные сегменты, предупреждать смещение фиксирующих элементов и возникновение осложнений со стороны окружающих тканей.

УДК 616.24—006.6—072.5—073.75—073.756

Р.Ф. Хамитов, А.В. Бондарев, Р.М. Шайхутдинова, А.К. Закирова (Казань). Прижизненная диагностика первично-множественного рака в одном легком

Вопросы прижизненной диагностики первично-множественного рака органов дыхания к настоящему времени остаются недостаточно разработанными. Проблема еще более усложняется при полинеоплазии в одном органе, возникающей примерно в одни сроки (так называемые синхронные опухоли). В подавляющем большинстве случаев синхронные неоплазии являются операционной находкой. Одно из новообразований, чаще вследствие меньших размеров, обычно не дает каких-то особых симптомов, скрываясь за клиническими проявлениями большей опухоли.

Помимо этого, при полинеоплазии одного органа симптоматика каждой из опухолей, наследуясь друг на друга, создает впечатление одной опухоли.

Приводим собственное наблюдение.

К., 57 лет, поступил в терапевтическое отделение 07.05.01 с жалобами на кашель в течение дня с трудноотделяемой мокротой, колющие боли в правом переднебоковом отделе грудной клетки, усиливавшиеся при кашле, глубоком дыхании и положении на правом боку. Почувствовал себя больным 1,5 месяца назад после переохлаждения. Появился сухой кашель, температура сохранялась нормальной, кровохарканья не было. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно лечился травяными отхаркивающими настоями. Две недели назад после активной физической деятельности заметил появление колющих болей в правой переднебоковой области грудной клетки, усилившихся при кашле. В связи с этим обратился в поликлинику и с подозрением на правостороннюю пневмонию был направлен на госпитализацию.

Из анамнеза: в детском возрасте лечился в детском противотуберкулезном санатории “Обсерватория”, однако туберкулез отрицает. На учете фтизиатров не состоял, последний раз проходил флюорографическое обследование осенью 2000 г. Курит с 16 лет. Из перенесенных заболеваний: остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника, болезнь Меньера. Какой-либо аллергии не замечал, профессиональных вредностей не было, наследственный анамнез не отягощен.

При поступлении состояние удовлетворительное. Температура — 36,7°C. Видимого цианоза кожи и слизистых оболочек нет. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, подвижны, не спаяны между собой и подлежащими тканями. Со стороны костно-мышечной и суставной систем видимой патологии не обнаружено. Периферических отеков нет. При аускультации на фоне жесткого дыхания справа выслушиваются звучные крупнопузырчатые хрипы. ЧД — 18 в 1 мин. Сердечные сокращения ритмичные, ЧСС — 76 в 1 мин, АД — 125/80 мм Нг. Пальпация живота безболезненная, край печени у реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Общеклинический анализ крови: СОЭ — 29 мм/ч, Нб — 159 г/л, л. — $7,4 \cdot 10^9$ /л, п. — 4%, с. — 52%, эоз. — 1%, мон. — 11%, лимф. — 32%. Уровень фибриногена — 6 г/л, этаноловый тест положительный.

ЭКГ: синдром ранней реполяризации желудочков. Спирограмма: показатели внешнего дыхания без отклонений от нормы.

Рентгенография в прямой проекции: в правом легком снижена пневматизация средних и нижних отделов за счет инфильтрации; уплотнена междолевая плевра справа; в четвертом межреберье справа определяется полость (3х3 см) с относительно толстыми стенками и нечетким наружным контуром. В проекции головки правого