

А. В. Шамкалович¹, Л. Х. Ганави², А. А. Боровский¹, Д. П. Веевник³

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ШВАННОМЫ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»²,
УЗ «ГК БСМП»³

В данной статье представлен уникальный случай множественной шванномы спинномозговых нервов, подтверждённый данными гистологии. У пациентки имелись две шванномы, исходящие из двух смежных корешков, одна из которых имела солидное строение, а другая кистозное. Обе опухоли были успешно удалены.

Известно что, шванномы спинномозговых нервов занимают значительное место среди интрадурально-экстрамедуллярных опухолей спинного мозга. Данной патологией страдают пациенты трудоспособного возраста 40–50 лет. Шванномы являются одиночными опухолями, в случае множественного поражения следует исключить нейрофиброматоз.

Ключевые слова: шванномы, спинномозговые нервы, спинальные опухоли, боли в спине.

□ Случай из практики

A. V. Shamkalovich, L. H. Ghanawi, A. A. Borovskiy, D. P. Veevnik

MULTIPLE SCHWANNOMAS OF THE SPINAL NERVES

Schwannoma of the spinal nerves has a significant place among the intraduralextramedullary tumours of the spinal cord. It usually affects patients aged 40–50 years old. Schwannoma are usually solitary in nature. Neurofibromatosis should be excluded in the case of multiple lesions. This article presents a unique case of multiple Schwannomas of the spinal nerves which are histologically confirmed. The patient had two schwannomas originating from two adjacent roots, one of which had a solid structure while the other had a cystic form. Both tumours were successfully removed.

Key words: Schwannomas, Spinal nerves, Spinal tumours, Back pain.

Боли в спине – распространенная жалоба и одна из наиболее частых причин обращения людей в медицинские учреждения. Как правило, она появляется из-за возрастных дегенеративных изменений (3). В редких случаях причиной боли может стать спинальная опухоль – злокачественное или доброкачественное новообразование, развивающееся в спинном мозге или в эпи-(субдуральном) пространстве и имеющая источник роста из вещества мозга, его оболочек и корешков (1, 4, 6, 7, 11).

Спинальные опухоли необходимо дифференцировать с первичными метастатическими опухолями позвонков, врастающими в позвоночный канал, сдавливающими спинной мозг и его корешки, а также локализующиеся в пределах позвоночного канала гранулемы (туберкуломы, гуммы, лимфогранулемы, неспецифические гранулемы), холестеатомы и вызванные цистицерками и эхинококками паразитарные кисты (2, 4, 6–8, 11).

Соотношение спинальных опухолей и опухолей головного мозга в пределах 1:6–1:8 (1, 4–6, 11). Но если принять во внимание, что масса спинного мозга в 8 раз меньше массы головного мозга, то следует признать, что оба отдела нервной системы в одинаковой степени предрасположены к развитию новообразований (1, 5–7, 11). Однако для опухолей спинного мозга более характерна внемозговая локализация (85%), а для головного мозга – внутримозговая (55%) (5, 7, 9). Среди больных с органической патологией нервной системы пациенты с опухолями спинного мозга составляют 1–3% (3–7). Данная патология одинаково часто встречается у обоих полов (1, 2, 4, 10). Большинство заболеваний приходится на возраст 30–50 лет (1, 4, 7, 9). Дети достаточно редко страдают от этой патологии (5, 7, 9).

Различают интрамедуллярные (внутримозговые) и экстрамедуллярные (внемозговые) опухоли спинного мозга. Последние развиваются из образований, окружающих спинной мозг: корешки, сосуды, оболочки, эпидуральная клетчатка, кости позвоночника. В свою очередь экстрамедуллярные опухоли делятся на субдуральные (расположенные под твердой мозговой оболочкой) и эпидуральные (расположенные над этой оболочкой) (4–6, 11).

Шванномы – наиболее распространённые из первичных опухолей спинного мозга, экстрамедуллярно-интра(экстра)дуральные опухоли, развивающиеся из шванновских клеток. Могут возникать из спинномозговых нервов на любом уровне. Как правило, развиваются из задних (чувствительных) корешков и соответственно в клинической картине преобладают корешковые боли. Характеризуются медленным ростом. В некоторых случаях невриномы выявляют через несколько лет после начала болей (при локализации в относительно широком пояснично-крестцовом отделе позвоночника) и пациенты длительное время лечатся амбулаторно по поводу дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. При шванномах расположенных в более узком шейном отделе уже на ранней стадии возможно возникновение симптоматики сдавления спинного мозга. Опухоль нередко распространяется экстравертебрально через межпозвоночное отверстие, принимая форму песочных часов, при этом внепозвоночный узел может достигать больших размеров (3–8, 11).

В статье представлен случай из практики: множественные шванномы спинномозговых нервов.

Пациентка Е., 53 лет, поступила в больницу скорой медицинской помощи г. Минска в нейрохирургическое отделение 09.06.2009 г. с жалобами на выраженные боли в грудно-поясничном отделе позвоночника, отдающие в нижние конечности и усиливающиеся в положении лежа. Из анамнеза: с апреля

2009 г. стали беспокоить боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в нижние конечности и нарушением ходьбы. Лечилась у невролога по месту жительства с диагнозом: дегенеративно-дистрофические изменения пояснично-крестцового отдела позвоночника, люмбаго – без положительной динамики. 30.05.2009 г. выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) выявлена интрадуральные экстрамедуллярные объемные образования на уровне Th₁₁-Th₁₂, L₁ позвонков (рис. 1, а–г).

При первичном осмотре состояние пациентки средней тяжести. В сознании, адекватна, ориентирована. Зрачки OD = OS. Фотореакция сохранена. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Чувствительность на лице не нарушена. Парезов конечностей нет. Глубокие рефлексы D = S. Ходит, прихрамывая на правую ногу. Болезненность при пальпации паравертебральных мышц на уровне Th₁₂-L₂ с иррадиацией в правую ногу. Нарушение чувствительности в виде гипестезии в дерматомах Th₁₁, Th₁₂ справа. Менингеальных и пирамидных симптомов нет. Нарушение функций тазовых органов отрицает. Проведенное предоперационное пальпаторное и ультразвуковое обследование лимфатических узлов и внутренних органов не выявило от возрастной нормы.

Предоперационный диагноз: интрадуральные экстрамедуллярные объемные образования на уровне Th₁₁-Th₁₂, L₁ позвонков. 18.06.2009 г. выполнено оперативное вмешательство: ламинотомия на уровне Th₁₂-L₁, тотальное удаление экстрамедуллярных объемных образований. Продольный разрез мягких тканей на уровне Th₁₁-L₂. Скелетированы дужки Th₁₁-L₁ с двух сторон. Интерлигаментэктомия Th₁₁-Th₁₂. Ламинотомия Th₁₂-L₁. Дуральный мешок на уровне Th₁₂-L₁ утолщен. Вскрыт дуральный мешок на протяжении 6 см. Выявлены две опухоли, расположенные экстрамедуллярно справа (рис. 2). На уровне Th₁₁-Th₁₂



Рисунок 1. МРТ грудно-пояснично-крестцового отдела позвоночника: множественные невриномы спинномозговых нервов; сагитальный (а) МРТ-селекция (б) и аксиальные (в, г) срезы МРТ с контрастным усилением (T1, T2-взвешенные изображения)

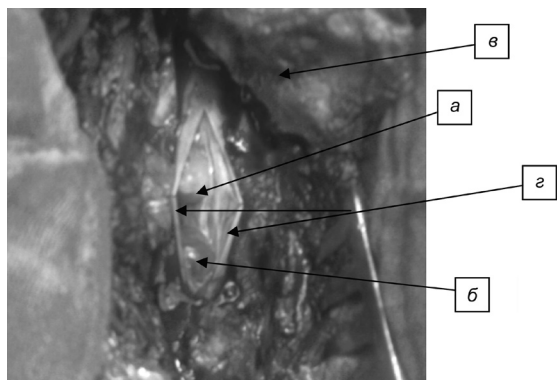


Рисунок 2. Интраоперационный вид: два шаровидных образования, исходящих из корешков Th₁₁-Th₁₂. Кистозная опухоль неоднородной консистенции с участками уплотнений и кровоизлияний серого цвета, в диаметре около 2 см, интимно спаянная с корешком Th₁₁ (а). Белесоватая опухоль, исходящая из корешка Th₁₂ справа, мягко-эластичной консистенции, в диаметре 1,5 см (б). Приподнятый задний опорный комплекс (в). Вскрытая твердая мозговая оболочка (г)

кистозная опухоль неоднородной консистенции с участками уплотнений и кровоизлияний серого цвета, в диаметре около 2 см, интимно спаянная с корешком Th₁₁ (рис. 2, а). Опухоль отделена от корешка и удалена тотально. На уровне L₁ позвонка белесоватая опухоль, исходящая из корешка Th₁₂ справа, мягко-эластичной консистенции, в диаметре 1,5 см (рис. 2, б). Корешок проходит через опухоль и выделить его не представляется возможным. Опухоль удалена тотально с пересечением корешка. Гемостаз при АД 110/70, твердая оболочка ушита наглухо и сверху уложена пластина тахокомба. Задний опорный комплекс Th₁₂-L₁ уложен на место и фиксирован за межкостистые связки.

Макропрепарат:

1. Кистозная опухоль неоднородной консистенции с участками уплотнений и кровоизлияний серого цвета 2*1,5 см на уровне Th₁₁-Th₁₂ (рис. 3, а).

2. Белесоватая опухоль 1*0,5 см, исходящая из корешка Th₁₂ (рис. 3, б).

Гистологический диагноз от 22.06.2009 г.

1. Неврилеммома типа А.
2. Неврилеммома типа А.

При осмотре после операции: состояние пациентки удовлетворительное, жалобы на легкие боли в области послеоперационной ране, предоперационных болей не отмечает. Нарушения функции тазовых органов нет. Соматически без патологии. Больная вертикализована через день после операции. На 10-й день после операции швы сняты, рана зажила первичным натяжением. 01.07.2009 г. выписана домой под наблюдение невролога по месту жительства. Неврологический статус при выписке: состояние больной удовлетворительное. В созна-

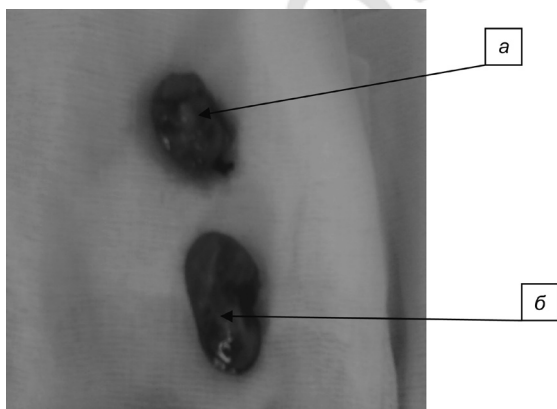


Рисунок 3. Макропрепарат: Кистозная опухоль неоднородной консистенции с участками уплотнений и кровоизлияний серого цвета 2*1,5 см (а). Белесоватая опухоль, мягко-эластичной консистенции, в диаметре 1,5 см (б)



Рисунок 4. Объемные образования не обнаруживаются; сагитальный срез, МРТ грудно-поясничного отдела позвоночника после проведения оперативного вмешательства (T2-взвешенные изображения)

нии, адекватна, ориентирована. Жалоб нет. Зрачки OD = OS. Фотореакция сохранена. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Чувствительность на лице не нарушена. Парезов конечностей нет. Поверхностные и глубокие рефлексы D = S. Нарушения чувствительности на нижних конечностях нет. Менингеальных и пирамидных симптомов нет. Соматически без патологии.

На контрольном осмотре 5.02.2014 г.

Состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет. Зрачки OD = OS. Фотореакция сохранена. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Чувствительность на лице не нарушена. Парезов конечностей нет. Поверхностные и глубокие рефлексы D = S. Нарушения чувствительности на нижних конечностях нет. Менингеальных и пирамидных симптомов нет. Нарушение функции тазовых органов отрицает. Соматически без патологии.

Контрольное МРТ от 28.02.2010 г. Высота тел позвонков сохранена. Участков патологической интенсивности МР-сигнала в телах позвонков и их отростках не выявлено. Состояние после тотального удаления экстрамедуллярной опухоли на уровне Th₁₁-Th₁₂. Спинальный мозг нормальных размеров, контуры его ровные, структура однородная. Участков с патологической интенсивностью в нем и оболочках не отмечено, в том числе и при контрастном усилении (рис. 4).

Данный случай представляет исключительный интерес с точки зрения патоморфологии, т. к. шванномы, как правило, являются одиночными опухолями, и при множественном поражении, следует в первую очередь исключить нейрофиброматоз. В представленном случае данные гистологического обследования полностью исключают наличие нейрофибромы у пациентки. Таким образом у больной имелись две шванномы, исходящие из двух смежных корешков и имеющие разное макроскопическое строение (солидное и кистозное).

Литература

1. Евзиков, Г. Ю. Хирургическое лечение спинальных внутри-мозговых опухолей. Автореф. дисс. ... док. мед. наук. – М., 2001.
2. Лившиц, А. В. Хирургия спинного мозга. – М.: Медицина, 1990.
3. Харитонов, К. И., Окладников Г. И. Патогенез и диагностика опухолей спинного мозга. – Новосибирск, 1987.
4. De Verdelhan, O., Haegelen C, Carsin-Nicol B. et al. MR imaging features of spinal schwannomas and meningiomas. J. Neuroradiol. 2005.
5. Ferner, R. E., O'Doherty M. J. Neurofibroma and schwannomas. Curr Opin Neurol. 2002.
6. Klekamp, J., Samii M. Extramedullary tumors. In: Klekamp J., Samii M. eds. Surgery of Spinal Tumors. – Berlin: Springer, 2007.

СИНДРОМ ЦИТОЛИЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ИНТЕРНИСТА

Кафедра военно-полевой терапии ВМедФ в УО «БГМУ»¹
ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ»²

Одним из основных синдромов поражения печени является – синдром цитолиза. Он представляет собой клинико-лабораторный синдром, характеризующийся повышением аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, как неспецифической реакцией клеток печени на действие повреждающих факторов и проявляется на клеточном уровне разрушением гепатоцитов. Биохимические проявления цитолиза по своему диагностическому значению выше клинических. Несмотря на значительные успехи в диагностике болезней печени, на практике в ряде случаев сложно установить конкретный нозологический диагноз. В статье представлены клинические случаи синдрома цитолиза из собственной практической деятельности. Актуальность данного синдрома возрастает в связи с частым и случайным его выявлением при бессимптомном течении болезней печени.

Ключевые слова: синдром цитолиза, трансаминазы, гепатит, пациент.

A. N. Yanul, I. V. Zagashvili, S. I. Rimarchik

SYNDROME OF A TSITOLIZ IN PRACTICE OF THE DOCTOR-INTERNISTA

One of the major syndromes of liver damage is – a syndrome of cytolysis. It is a clinical and laboratory syndrome characterized by an increase in alanine transaminase and aspartate as a nonspecific reaction of the liver cells to the action of damaging factors and manifests itself at the cellular level, the destruction of hepatocytes. Biochemical manifestations cytolysis in its clinical diagnostic value above. Despite significant advances in the diagnosis of liver diseases, in practice, in some cases difficult to establish a specific nosological diagnosis. The article presents the clinical cases of the syndrome of cytolysis own practice. The relevance of this syndrome increases due to frequent and random identification of its asymptomatic liver disease.

Key words: cytolysis syndrome, transaminase, hepatitis, patients.

В практической деятельности врач часто встречается с увеличенным уровнем аланиновой и аспарагиновой трансаминаз (АлАТ, АсАТ) в биохимическом анализе крови (БАК). Уточнение причины синдрома цитолиза приводит к рутинному поиску этиологического фактора. В нашей практической деятельности мы встречаемся с лицами молодого трудоспособного возраста, в т. ч. военнотрудовыми по призыву и контракту. В большинстве анализируемых случаев, отклонение трансаминаз от нормы в сторону увеличения устанавливается случайно, при «протокольном» назначении БАК. Клинический интерес вызывает то, что в этих ситуациях синдром цитолиза протекает без специфических жалоб. Такое состояние может проявляться манифестацией или дебютом различных патологических процессов, как первичных, так и вторичных, связанных с повреждением паренхимы печени. Все это требует проведения четкой и точной верификации этиологического фактора, порой требующего длительного времени, рутинных дорогостоящих лабораторных и инструментальных методов исследования. Такая работа может проводиться с пациентом не только в стационарных условиях, но и на амбулаторном этапе. Очень часто при первичном контакте с пациентом и наличии у него повышения АлАТ и АсАТ, необосно-

ванно выставляется диагноз «хронический гепатит», что не всегда верно. Согласно определению – хронический гепатит не единое заболевание, а клинический и патологический синдром, который имеет многие причины и характеризуется различной степенью гепатоцеллюлярного некроза и воспаления с персистированием хронического воспаления без улучшения более 6 месяцев.

Причины поражения гепатоцитов многообразны, к ним относятся: повреждения вирусами (А, В, С, D, E, G и др.), алиментарно-токсическое воздействие (алкоголь, наркотические вещества, лекарственные препараты), аутоиммунные заболевания (аутоиммунный гепатит (АИГ), первичный билиарный цирроз (ПБЦ), первичный склерозирующий холангит (ПСХ), наследственные и генетические нарушения (первичный гемохроматоз, дефицит α -1-антитрипсина, болезнь Вильсона-Коновалова), болезни накопления (гистиоцитоз X, болезнь Гоше, Ниманна-Пика), липотоксичность при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), паразитарные заболевания (эхинококкоз, цистицеркоз), онкологические процессы первичные или вторичные (гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК), метастазы из первичного очага), реактивные проявления при общем воспалительном ответе (полисерозиты).