

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ И ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 617.53-006.38.03-031.82-06-089

В. Д. Паршин, А. Г. Аганесов, Д. В. Базаров, А. Л. Хейло, Н. Г. Бриндар

НАБЛЮДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ НЕЙРОФИБРОМЫ ШЕИ

Российский научный центр хирургии им. акад. Б. В. Петровского РАМН, Москва

Данное наблюдение демонстрирует положительный результат хирургического лечения пациентки с гигантской нейрофибромой шеи и правого гемиторакса, осложненной деструкцией тела 2-го грудного позвонка, компрессией трахеи и брахиоцефальных сосудов, синдромом Горнера. Успех лечения стал возможным благодаря совместной тактике торакальных хирургов и хирургов-вертебрологов. Интраоперационно было подтверждено тотальное разрушение тела 2-го грудного позвонка опухолевым процессом, что явилось показанием к удалению тела позвонка и его замещению металлическим динамическим имплантом. В раннем послеоперационном периоде отмечено устранение синдрома Горнера, ликвидация компрессии трахеи и брахиоцефальных сосудов. Неврологической симптоматики в связи с имплантированным металлическим протезом грудного позвонка не возникло. Через 12 мес после операции состояние больной удовлетворительное, признаков рецидива нейрофибромы не выявлено.

Ключевые слова: нейрофиброма шеи, правый гемиторакс

A CASE OF SURGICAL TREATMENT FOR COMPLICATED NEUROFIBROMA OF THE NECK

V. D. Parshin, A. G. Aganesov, D. V. Bazarov, A. L. Kheilo, N. G. Brindar

Acad. B. V. Petrovsky Russian Research Center of Surgery, Russian Academy of Medical Sciences

This case study demonstrates a positive surgical treatment result in a female patient with giant neck and right hemithorax neurofibroma complicated by second thoracic vertebral body destruction, tracheal and brachiocephalic vessel compression, and Horner's syndrome. The success of treatment became possible due to the joint tactics of thoracic and vertebral surgeons. Total second thoracic vertebral body destruction induced by a tumorous process was intraoperatively verified. There was elimination of Horner's syndrome and brachiocephalic vessel compression in the early postoperative period. No neurological symptoms occurred with a metallic prosthetic implant of the thoracic vertebra. Twelve months after surgery, the patient felt satisfactory and had no signs of recurrent neurofibroma.

Key words: neurofibroma of the neck; right hemithorax

Нейрофиброма (фиброневрома) — это доброкачественная опухоль периферического нерва, развивающаяся из шванновских клеток и фибробластов. В подавляющем большинстве нейрофибромы имеют доброкачественное течение. Иногда они могут подвергаться озлокачествлению. Чаще всего эти опухоли бессимптомны, но при локализации в закрытом пространстве могут стать причиной различных осложнений, включая радикулит, нейропатию и деструкцию близлежащих органов [2, 3].

Из-за отсутствия специфических симптомов нейрофибромы, относительно редкой встречаемости патологии, низкой настроенности врачей в отношении данной патологии пациенты могут длительно наблюдаться у специалистов разного профиля, что приводит к позднему диагностированию и осложнениям. Хирургическое лечение осложнений нейрофибромы остается трудной задачей современной хирургии, поскольку имеет мультидисциплинарный характер [1, 4, 5].

Приводим клиническое наблюдение осложненного течения нейрофибромы шеи.

Больная М., 18 лет, поступила в РНЦХ им. Б. В. Петровского РАМН с жалобами на боль в правой половине шеи, дискомфорт при глотании, затруднение дыхания при поворотах головы, осиплость голоса, отечность мягких тканей лица и головы, сонливость, двоение в глазах, опущение верхнего века слева.

Для корреспонденции: Базаров Дмитрий Владимирович — канд. мед. наук; 119991, г. Москва, Абрикосовский пер., 2, тел. (499)248-13-22; e-mail: dbazarov@rambler.ru

Считает себя больной с 2006 г., когда на фоне полного здоровья отметила асимметрию шеи, уплотнение по передней поверхности шеи справа. В июне 2009 г. отметила резкое увеличение размера образования, появилась боль в шейном отделе позвоночника, правой половине грудной клетки и при глотании. Обследована в онкологическом учреждении по месту жительства. Выявлено новообразование правой половины шеи и купола правой плевральной полости с поражением Т₁₂ позвонка. Выполнена открытая биопсия образования. При гистологическом исследовании биоптата обнаружена картина нейрофибромы. Впоследствии гистологический диагноз подтвердили в отделе патологической анатомии РНЦХ. Поступила в РНЦХ в удовлетворительном состоянии для дообследования и проведения оперативного лечения.

При поступлении асимметрична за счет увеличения объема правой половины, на переднебоковой поверхности шеи справа пальпируется плотноэластическое образование размером 10 × 7 см, безболезненное, неподвижное. Регионарные лимфатические узлы не определяются. По всей поверхности кожи отмечаются множественные пигментные пятна кофейного цвета.

При рентгенологическом исследовании в области верхушки правого легкого определяется округлая гомогенная тень средней интенсивности с ровными достаточно четкими контурами, размером 43 × 37 мм. В правой половине шеи на уровне С_{VI-VII} определяется дополнительная округлая гомогенная тень средней интенсивности размером 38 × 61 мм. Трахея отклонена влево. выражена кифосколиотическая деформация грудного отдела позвоночника (рис. 1).

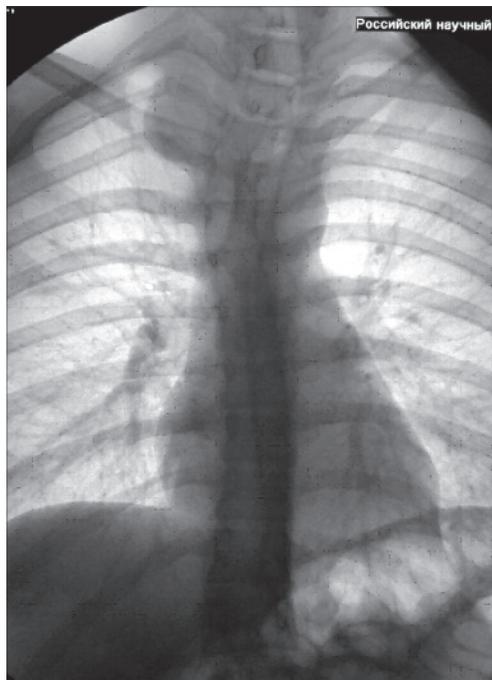


Рис. 1. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки. В куполе правой плевральной полости определяется тень с ровными контурами, прилегающая к позвоночнику. Выражен кифосколиоз.



Рис. 2. MR-томограмма области шейно-грудного перехода. Визуализируется разрушенное опухолевыми массами тело ThII позвонка.

По данным магнитно-резонансной томографии — МРТ (рис. 2) паравертебрально справа на уровне тел C_{VII}—Th_{III} позвонков определяется овальной формы образование однородной структуры, с ровными контурами, размером 4,5 × 7,2 × 5 см, растущее кпереди и медиально. Отмечается изменение структуры правой половины тела Th_{II} позвонка (прилежащие диски интактны), обусловленное, вероятнее всего, деструкцией костной ткани. Образование прилежит и смещает трахею кпереди и влево, оттесняя брахиоцефальный ствол, правую общую сонную и правую позвоночную артерии кпереди, прилежит и деформирует апикальную плевру без признаков прорастания в нее, оттесняет правую долю щитовидной железы вверх и кпереди. Позвоночный канал деформирован, тела C_{VII}—Th_{III} позвонков ротированы влево, правая боковая стенка позвоночного канала истончена. При контрастном усилении в образовании определяется диффузное неравномерное накопление контраста.

При трахеобронхоскопии левая голосовая складка подвижна, подвижность правой несколько ограничена. Просвет трахеи

в шейном и грудном отделах не изменен. В нижнегрудном отделе просвет трахеи имеет щелевидную форму за счет сдавления извне по передней и правой боковым стенкам.

При дуплексном сканировании сосудов затруднена визуализация брахиоцефального ствола, позвоночной артерии справа, общая сонная артерия и подключичная артерия справа с признаками компрессии, гемодинамических нарушений при этом не выявлено.

На основании проведенного обследования установлен клинический диагноз: нейрофиброма правой половины шеи и купо-

Рис. 4. Рентгенограмма после операции. Расположение металлоконструкции удовлетворительное.

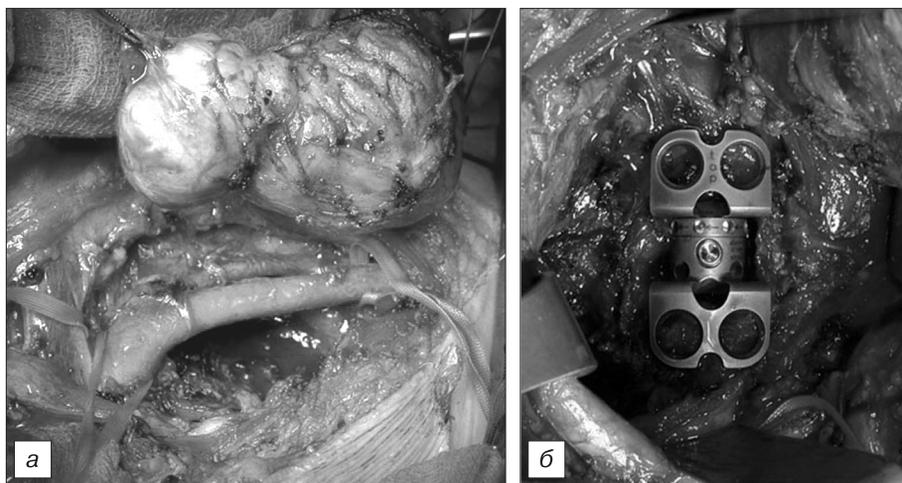
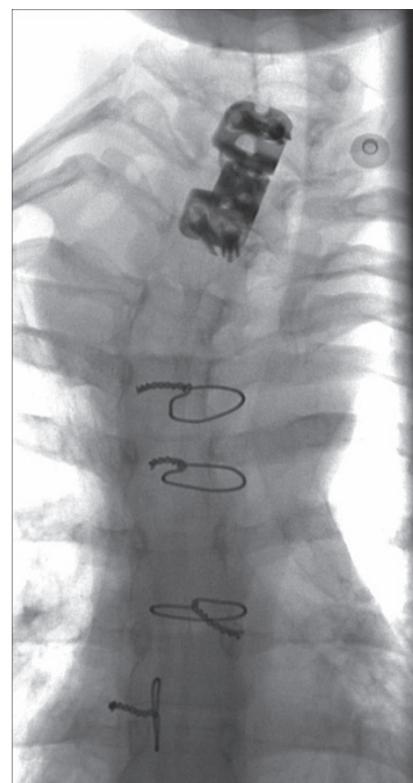


Рис. 3. Этапы операции. Первоначальный вид опухоли (а); удалено тело Th_{II} позвонка и имплантирована металлоконструкция (б).

ла правой плевральной полости с деструкцией Th₁₁, компрессией трахеи, брахиоцефального ствола, правой общей сонной и позвоночной артерий. Синдром Горнера слева.

23 октября 2009 г. произведена операция: удаление нейрофибромы шеи и купола правого гемиторакса с декомпрессией трахеи, брахиоцефальных сосудов, резекция тела Th₁₁ позвонка, установка переднего комбинированного дистракционного телозамещающего импланта Add^{Plus} фирмы Ulrich Medical (Германия).

В положении пациентки лежа на спине с валиком в межлопаточной области выполнены коллотомия по переднему краю правой кивательной мышцы и верхняя продольная частичная стернотомия. При ревизии обнаружена гигантская плотная бугристая опухоль с выраженным спаечным процессом вокруг образования. Новообразование сдавливало трахею и брахиоцефальные сосуды. Отмечено полное разрушение тела Th₁₁ позвонка опухолевым процессом. Острым и тупым путем опухоль отделена от окружающих структур, удалена экстравертебральная порция. Произведена резекция тела Th₁₁ позвонка в пределах замыкательных пластинок. Сформировано ложе под телозамещающий экспансивный протез. Под рентгенологическим контролем телозамещающий имплант Add^{Plus} установлен в проекцию Th₁₁ (рис. 3). Рана послойно ушита.

Послеоперационный период протекал гладко. При контрольной рентгенографии стояние импланта признано удовлетворительным (рис. 4). Пациентку активизировали на 2-е сутки после операции без использования внешней иммобилизации. К моменту выписки синдром Горнера полностью разрешился, боль в шейном и грудном отделах позвоночника

значительно уменьшилась, боль при глотании исчезла, голос восстановился. На 12-е сутки после операции сняты швы и пациентка выписана на амбулаторное наблюдение. Через 5 мес состояние больной остается удовлетворительным, жалобы отсутствуют. При комплексном обследовании признаков рецидива опухоли не обнаружено, неврологической симптоматики нет.

Данное наблюдение показало, что привлечение к лечению нейрофибромы, осложненной мультиорганным поражением, специалистов различных областей хирургии позволяет проводить радикальное лечение таких пациентов с удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами. Современные металлоконструкции позволяют замещать тело разрушенного позвонка и не требуют длительной иммобилизации после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каталнич Д. // Хирургия. — 1996. — № 5. — С. 55—58.
2. Макурдюмян Л. А. // Лечащий врач. — 2001. — № 10. — С. 59—61.
3. Rutkowski J. L., Wu K., Gutmann D. H. et al. // Hum. Mol. Genet. — 2000. — Vol. 9, N 7. — P. 1059—1066.
4. Salazar F., Machado A., Murthy S., Boulis N. M. // Neurosurgery. — 2005. — Vol. 57, N 4 (suppl.). — P. e407.
5. Serao A., Bellanova G., Papi M. G. et al. // Ann. Ital. Chir. — 2006. — Vol. 77, N 2. — P. 165—168.

Поступила 28.01.11

© И. Г. ЗАКУРДЯЕВА, 2012

УДК 616.5-006.81-033.2:616.36-085.849.1]-036.8

И. Г. Закурдяева

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИЗОЛИРОВАННОГО МЕТАСТАЗА МЕЛАНОМЫ КОЖИ В ПЕЧЕНИ

ФГБУ Медицинский радиологический научный центр (дир. — акад. РАМН А. Ф. Цыб) Минздравсоцразвития России, Обнинск

Представлен случай из практики. Проведено успешное паллиативное лучевое лечение солитарного метастаза меланомы кожи в печени у больного 82 лет с сопутствующей возрастной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Высокая степень риска заставила воздержаться от операции. При адекватной методике облучения лучевые реакции умеренные.

Ключевые слова: паллиативное лечение, лучевая терапия, метастатическая меланома кожи

POTENTIALS OF RADIOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ISOLATED CUTANEOUS MELANOMA METASTATIC TO THE LIVER

I. G. Zakurdyeva

Medical Radiology Research Center, Ministry of Health and Social Development of Russia, Obninsk

The paper describes a case of successful palliative radiotherapy for solitary cutaneous melanoma metastatic to the liver in an 82-year-old male patient with age-related concomitant cardiovascular and respiratory diseases. The high risk forced surgery to be avoided. When the procedure of radiation is adequate, its responses are moderate.

Key words: palliative treatment, radiation therapy, metastatic cutaneous melanoma

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи меланома занимает особое место; частота ее не превышает 10%, однако на ее долю приходится от 65 до 79%

Для корреспонденции: Закурдяева Ирина Григорьевна — врач-радиолог отделения локальной и общей гипертермии; 249036, Обнинск, ул. Королева, 4; e-mail: zakur60@mail.ru

всех летальных исходов [1, 2]. Число больных, обращающихся за помощью на стадии системного проявления болезни, достигает 30—40% [1, 3—5]. Лишь у небольшого числа из них в процессе лечения удается добиться стойкой ремиссии заболевания, продолжительность которой в 1,4—3% случаев может превысить 5-летний рубеж. Высокие показатели продолжительности жизни у 33—47% больных с положительным ответом на системную и