

3. Антипротеазная активность сыворотки крови является неспецифической реакцией организма и может отражать активность воспалительного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богуш Л. К., Шварцман Л. Я. Применение протеолитических ферментов при туберкулезе легких. М., Медицина, 1970.
2. Веремеев К. Н. Ферменты протеолиза и их ингибиторы в медицинской практике. Киев, 1971.
3. Гостищев В. К. Энзимотерапия неспецифической хирургической инфекции. Автореф. докт. дис., М., 1975.
4. Кивман Г. Я., Дидковский Н. А., Юнусов М. А., Гейтман И. Я. Тер. арх., 1973, 8.
5. Павлов А. С., Пирогов А. И., Трахтенберг А. X. Лечение рака легкого. М., Медицина, 1979.
6. Сыромятникова М. В., Тимофеев М. С., Гембицкая Т. Е. Клини. мед., 1974, 12.
7. Вольф М., Рансбергер К. Лечение ферментами. М., ИЛ, 1976.
8. Jacobsson K. K. Scand. J. Clin. Lab. Invest., 1955, 7: Suppl. 14.
9. Laurell C. B., Eriksson S. Ibid., 1964, 15, 132.
10. Margetts G., Barber K., Christie B. B. a. o. Brit. J. Clin. practice, 1972, 26, 6.

Поступила 22 сентября 1981 г.

УДК 616.71—006.33.04—053.7—073.75

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХОНДРОСАРКОМ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ В ДЕТСКОМ И МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Е. К. Ларюкова, Ю. В. Ратнер, Л. А. Чугунова

Кафедра рентгенологии-радиологии (зав.—проф. Г. И. Володина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, Республиканский онкологический диспансер (главврач — А. К. Мухамедьярова)

Реферат. Проанализированы истории болезни 16 больных хондросаркомой в детском и молодом возрасте. Выявлены особенности клинического течения и описаны варианты рентгенологической картины хондросарком: преимущественно литический и склеротический.

Ключевые слова: хондросаркома.

3 иллюстрации. Библиография: 4 названия.

Диагностика хондросарком обоснованно считается трудной. Их приходится дифференцировать прежде всего от остеогенных сарком, развивающихся преимущественно у лиц детского и юношеского возраста. Первичная же хондросаркома костей чаще наблюдается у лиц старше 30—35 лет [1]. У детей и юношей, судя по данным литературы, хондросаркома встречается редко. М. В. Волков (1964) отмечает, что хондросаркома составляет 0,8% первичных опухолей и дисплазий скелета у детей. По данным Даглина и Хендерсона (1962), из 288 больных хондросаркомой лишь 10 были моложе 18 лет.

Хондросаркома в молодом возрасте имеет свои клиничко-рентгенологические особенности; детальное изучение их представляется практически важным.

Из 30 наблюдавшихся нами больных с локализацией хондросаркомы в длинных трубчатых костях 14 были моложе 16 лет и 2 — в возрасте 22 и 23 лет (лиц мужского пола — 9, женского — 7). Все случаи хондросаркомы верифицированы морфологически.

Существующее мнение о медленном и сравнительно благоприятном течении хондросаркомы длинных трубчатых костей, вероятно, не может относиться к лицам детского и молодого возраста. В наших наблюдениях длительность анамнеза не превышала 3—4 мес. Спустя 6—12 мес после ампутации конечности у 6 больных выявлены метастазы в легких.

При осмотре больных обращали на себя внимание деформация конечности за счет припухлости, плотной на ощупь, прогрессивно нарастающие локальные боли. У 2 больных отмечено повышение температуры до 37,5°.

У 14 больных хондросаркома локализовалась в бедренной и лишь у 2 — в большеберцовой кости. Наиболее частой локализацией хондросаркомы в детском возрасте является метадиафиз.

Рентгенологическая картина хондросаркомы многообразна. Г. И. Володина (1980) выделяет три типа хондросаркомы длинных трубчатых костей: преимущественно литический, преимущественно склеротический и смешанный. Мы наблюдали у 10 детей

литический п у 6 — преимущественно склеротический вариант хондросаркомы. При литическом варианте определяется очаг деструкции костной ткани, чаще сливной, с неровными и нечеткими контурами. Кортикальный слой истончается, разрушается, и за пределы кости выходит очень нежная тень опухоли, иногда с одиночными вкрапленными тенями. Периостальная реакция выражена незначительно и преимущественно по типу периостального козырька. В качестве иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

К., 9 лет, в течение 2 мес. жаловалась на нарастающую боль в правом коленном суставе, усиливающуюся при движении. Девочка удовлетворительной упитанности, периферические лимфатические узлы не пальпируются. Исследование крови и мочи



Рис. 2. Рентгенограммы левого коленного сустава в двух проекциях больной М., 22 лет. Хондросаркома, литический вариант.

не выявило отклонений от нормы. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки очаговых теней в легких не обнаружено. Дистальный отдел правого бедра деформирован за счет плотной неподвижной опухоли. На серии рентгенограмм в дистальном метадиафизе правой бедренной кости — очаг деструкции костной ткани без четких контуров. По заднему контуру кости на указанном уровне кортикальный слой неравномерен. Определяется мягкотканная тень за пределами кости и реакция надкостницы по типу «периостального» козырька (рис. 1).

З а к л ю ч е н и е: хондросаркома. Данные пункционной биопсии подтвердили клико-рентгенологическое заключение. Произведена ампутация. Гистологическое исследование установило хондросаркому. Через 9 мес обнаружены метастазы в легкие.

При литическом варианте хондросарком дифференциальный диагноз усложняется. Существующее мнение о том, что хондросаркома не характерна для молодого возраста, побуждает клинициста-рентгенолога прежде всего думать об остеогенной остеокластической саркоме.

М., 22 лет, через 4 мес после травмы обнаружена опухоль в области левого коленного сус-

тава; прогрессивно нарастала боль. При рентгенологическом исследовании на серии рентгенограмм, томограмм и рентгенограмм с прямым увеличением изображения в дистальном эпиметафизе левой бедренной кости определяется выраженный деструктивный процесс — несколько очагов деструкции костной ткани, разрушение кортикального слоя преимущественно по переднему контуру кости и выход за пределы кости мягкотканной тени. Периостальная реакция незначительна. Эпифизарная пластинка на небольшом протяжении разрушена (рис. 2).

З а к л ю ч е н и е: остеогенная остеокластическая саркома. Данные пункционной биопсии — остеогенная саркома. Произведена ампутация. При гистологическом исследовании установлена хондросаркома.

Ретроспективно анализируя это наблюдение, можно отметить, что при хондросаркоме, в отличие от остеогенной остеокластической саркомы, может разрушаться эпифизарная хрящевая



Рис. 1. Рентгенограммы правого коленного сустава в двух проекциях больной К., 9 лет. Хондросаркома, литический вариант.

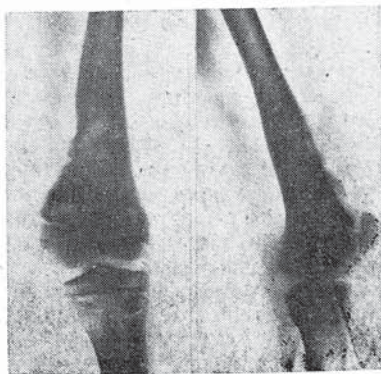


Рис. 3. Рентгенограммы левого коленного сустава в двух проекциях больного Я., 13 лет. Хондросаркома, склеротический вариант.

пластинка, опухоль может прорасти в сустав, а периостальная реакция бывает слабо выраженной.

При преимущественно склеротическом варианте хондросаркомы преобладают процессы патологического склероза. Среди участков склероза обнаруживаются одиночные очаги деструкции. Периостальная реакция также выражена незначительно.

Я., 13 лет, болен 3 мес. Жалуется на боль в дистальном отделе бедра и плотную опухоль. Объем бедра на 2 см превышает объем симметричного отдела здоровой конечности.

На серии рентгенограмм в дистальном метадиафизе левой бедренной кости в зоне костномозгового канала видны массивные участки склероза и мелкие очаги деструкции костной ткани. Кортикальный слой преимущественно по переднему контуру кости разрушен, определяется незначительная дополнительная тень костной плотности за пределами кости. Периостальная реакция мало выражена (рис. 3).

Заключение: хондросаркома. Данные пункционной биопсии: хондросаркома. Произведена ампутация. Гистологически определена хондросаркома. Через 6 месяцев обнаружены метастазы в легких.

В заключение выражаем надежду, что знакомство широкого круга врачей с особенностями клинико-рентгенологического течения хондросарком в молодом и детском возрасте будет способствовать правильной диагностике опухолей костей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградова Т. П. Опухоли костей. М., Медицина, 1973.
2. Волков М. В. Опухоли костей у детей. М., Медицина, 1964.
3. Володина Г. И. Рентгенодиагностика первичных злокачественных опухолей костей. Лекции для врачей-курсантов. Казань, 1980.
4. Dahlin A., Henderson E. Cancer, 1962, 15, 410.

Поступила 26 марта 1981 г.

УДК 616.379—006.55—008.61

К РАСПОЗНАВАНИЮ ИНСУЛОМЫ

Г. И. Кузьмина, Р. Г. Мингазов

Кафедра эндокринологии (зав. — проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Клинические варианты течения инсуломы многообразны, что иногда приводит к ошибочной диагностике эпилепсии, истерии. В распознавании инсуломы одним из существенных признаков является купирование приступов приемом пищи или введением 40% раствора глюкозы, сокращением промежутков между приемами пищи. Отсутствие клинических проявлений раздражения симпатoadреналовой системы не исключает инсуломы.

Ключевые слова: инсулома, гипогликемия.

Инсулома чаще встречается в возрастных группах людей от 40 до 60 лет; главным патогенетическим звеном является избыточная секреция инсулина. Следствие гиперинсулинизма — гипогликемия, сопровождающаяся компенсаторным выбросом адреналина с соответствующими клиническими симптомами: потливостью, тахикардией, возбуждением и др.

Клинические проявления гипогликемии развиваются при падении концентрации глюкозы в крови ниже 2,78 ммоль/л и связаны с нарушением энергетических процессов в головном мозгу. Несмотря на то, что симптомы гипогликемии достаточно известны, дезориентация или потеря сознания в сочетании с судорогами нередко истолковываются как проявления эпилепсии, истерии, психозов. Но по мере учащения приступов гипогликемии и длительности заболевания развиваются признаки тяжелого поражения центральной нервной системы, в первую очередь ее высших отделов: апатия, негативизм, дезориентация, эмоциональная лабильность, аффективные состояния, снижение интеллекта.

В эндокринологическом отделении клинической больницы № 6 г. Казани с 1974 по 1979 г. находилось на обследовании 4 больных с инсуломой. Все больные прооперированы. Гистологические исследования подтвердили наличие опухоли, исходящей из β -клеток поджелудочной железы.

Приступы у всех больных возникали рано утром, натощак, после длительных перерывов в еде, без предвестников, сопровождались судорогами и потерей сознания.