

Р. М. КАСПАРЯН, Р. А. ОГАНОВА

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ГЕАНГИОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Рентгенологическая диагностика гемангиом позвоночника в настоящее время не представляет особых затруднений. Определенные трудности возникают в вопросе дифференциальной диагностики между активной и стабилизированной гемангиомами позвоночника, что имеет важное значение при выборе метода лечения.

По мнению З. Г. Мовсисяна, гемангиомы позвоночника целесообразно делить на две основные группы: бессимптомно протекающие случаи и вызывающие компрессию спинного мозга.

Известно, что гемангиома встречается в любом отделе позвоночника, однако она чаще встречается в грудном и поясничном отделах. Поражаться могут одновременно несколько позвонков. В процесс вовлекаются не только тело, но и элементы.

Частота гемангиом позвоночника различна, вариабелен и возрастной ценз лиц, пораженных гемангиомой. Так, по данным И. Л. Лагуновой [1], Б. Г. Михайловского [3] и др., гемангиомы встречаются в возрасте 18—72 лет. С. А. Покровский [5], И. Л. Тагер [7] и др. считают, что гемангиома встречается чаще у лиц старше 60 лет. Однако большинство авторов считает, что гемангиомой чаще болеют люди в возрасте 30—60 лет.

Вопрос происхождения гемангиом остается дискуссионным и по настоящее время. Бессимптомность и длительность течения гемангиом позволяют некоторым авторам отрицать опухолевое происхождение этого заболевания.

З. Г. Мовсисян [2], Б. Г. Михайловский [3], Шмитцер, Арсени, Норц, Циссу [8] и др. считают, что гемангиомы следует относить к врожденным порокам. В литературе придерживаются мнения, что гемангиома является медленно растущей сосудистой опухолью [1, 6 и др.].

Рентгенологическая картина стабилизированной гемангиомы своеобразна и очень характерна: трабекулярные элементы вертикального или радиарного расположения четко выражены, непрерывны. Вертикальные трабекулы в связи с перестройкой структуры позвонка несколько толще горизонтальных. Часто структура трабекул имеет сетчатый рисунок. Форма и размер позвонка сохранены, контуры четкие. Стабилизированная гемангиома может активизироваться в течение второго периода заболевания, что, по-видимому, связано с половым созреванием, беременностью, атипичными механическими факторами. В пе-

риод активизации гемангиомы могут появляться и неврологические синдромы, обусловленные как компрессией спинного мозга, так и сдавливанием его корешков. При относительном сходстве изменений при стабилизированной и активной формах гемангиом их разнят детали. Структура пораженного позвонка при активной форме гемангиомы не имеет четкого рисунка, позвонок как бы завуалирован. Трабекулярные элементы не имеют закономерного распределения. Как и при стабилизированной форме, они прерываются, отсутствует очерченность трабекул. Позвонок в объеме увеличен, приобретает форму бочки. Как и при стабилизированной форме, межпозвоночные диски не изменены.

Под нашим наблюдением находились 5 больных с гемангиомой позвоночника в возрасте от 38 до 70 лет, из них женщин было 3, мужчин — 2.

Описываем две истории болезни.



Рис. 1.



Рис. 2.

Больная А. М., 45 лет. Поступила с диагнозом холангит, спаечная болезнь после холецистэктомии. Жалуется на боли в эпигастальной области и в правом подреберье. Симптом Пастернацкого справа положительный. Клинических, неврологических симптомов, говорящих за гемангиому, нет. Считает себя больной 14 лет.

При рентгенографии мочевого тракта данных о наличии конкрементов мочевого тракта не выявлено. Грудной XII позвонок бочкообразной формы, задний контур размыт. Нет четкого рисунка дужек, очертания их смазаны. Трабекулярные элементы тела позвонка не имеют закономерного очертания, прерывисты.

На основании рентгенологической картины была установлена активная форма гемангиомы.

Больная Е. С., 53 года. Поступила с диагнозом мочекаменная болезнь. Жалуется на боль в пояснице в течение 19 лет. Во время рентгенологического обследования мочевого тракта как на обзорных снимках, так и на снимках с контрастированием почек данных за конкремент не было обнаружено. Размеры и форма тела позвонка D₁₂

не изменены, контуры ровные. Трабекулярные элементы имеют сетчатое расположение, четко обозначены, не прерываются. Исходя из характера картины позвонка и учитывая отсутствие клинических неврологических симптомов, установлена стабилизированная гемангиома D₁₂.

Наши наблюдения преследовали цель обратить внимание практических врачей — рентгенологов, невропатологов, хирургов, на наличие двух фаз течения гемангиом, их дифференциальную диагностику, что имеет важное клиническое значение.

Клиника госпитальной хирургии Ереванского
медицинского института

Поступило 3/VIII 1967 г.

Բ. Մ. ԳԱՍՊԱՐՅԱՆ, Բ. Ա. ՕԳԱՆՈՎԱ

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՈՒՌՈՒՅՔԻ (ՀԵՄԱՆԳԻՈՄԱ) ՌԵՆՏԳԵՆԱՅԻՆ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո մ

Հեղինակներն իրենց համառոտակի տեղեկություններով հատուկ ուշադրություն են դարձնում հիմանդիոմայի ստաբիլիզացիոն և ակտիվ ձևերի տարբերական ախտորոշման վրա, որը կարևոր նշանակություն ունի բուժման մեթոդիկայի ընտրության տեսակետից:

Այս երկու տիպի հիմանդիոմաների տարբերական ախտորոշումը հիմնավորում են ռենտգենոլոգիական հետազոտությունների չափանիշով:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Лагунова И. Л. Опухоли скелета. М., 1962, стр. 181.
2. Мовсесян З. Г. Вопросы рентгенологии и онкологии, т. I. Ереван, 1950, стр. 175.
3. Михайловский В. Г. Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника. М., 1963, стр. 185.
4. Неменов М. И. Вестник рентгенологии и радиологии, 1958, т. XXI, 5—6, стр. 23.
5. Покровский С. А. Рентгенодиагностика опухолей костей. Киев, 1954, стр. 130.
6. Рубашева А. Е. Частная рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Киев, 1961, стр. 175.
7. Тагер И. Л. Рентгенологическое исследование при поясничных болях. М., 1949, стр. 159.
8. Сп. Schmizer, С. Arsewi, L. Worz, L. Zissu. Рентгенологическое соображение в связи с 26 случаями гемангиом позвоночника. ГДР, 1963, т. IV, 2, стр. 142.