

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ И ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.718.8–006.34–089.844:615.832.9

Криохирургия и аутопластика сегментарного дефекта I плюсневой кости по поводу гигантоклеточной опухоли

Н.П. Демичев, Ф.С. Ситкалиева, К.М. Халагуммаев

Астраханская государственная медицинская академия. Российская Федерация

Ключевые слова: остеокластома, криохирургия, костная пластика

Гигантоклеточная опухоль (остеокластома) является агрессивным, потенциально злокачественным, склонным к рецидивам новообразованием. Отечественные и зарубежные авторы [1–3, 5, 8–11] отмечают стремительное, порой непредсказуемое клиническое течение заболевания, трудности ранней диагностики [4], сложности выбора оптимальной тактики лечения и выполнения органосохраняющих операций. Пик заболевания приходится на возраст 20–40 лет, то есть распространяется на наиболее трудоспособную часть населения, что предопределяет проблему их лечения как одну из ведущих в современной ортопедической онкологии. Как правило, гигантоклеточная опухоль развивается исподволь, и первоначальные признаки остаются незамеченными. По данным литературы, преимущественная локализация этой опухоли — метаэпифизарная область длинных костей. Короткие кости поражаются значительно реже. Описаны единичные случаи поражения гигантоклеточной опухолью плюсневых костей. Dominok Knoch [9] из 1649 клинических наблюдений гигантоклеточной опухоли описывает 15 новообразований плюсневых костей. По наблюдениям И.М. Марина, из 97 заболеваний гигантоклеточной опухолью плюсневая кость вовлекалась лишь 1 раз [7]. Н.П. Демичев и С.А. Войнов наблюдали 5 больных с остеокластомой плюсневых костей из 70 [6].

Под нашим наблюдением находилась пациентка, успешно оперированная по поводу гигантоклеточной опухоли I плюсневой кости левой стопы.

Больная С., 48 лет, поступила в клинику травматологии и ортопедии Александрo-Мариинской областной клинической больницы 10 мая 2009 года с жалобами на наличие опухолевидного образования по тылу левой стопы, ноющие боли. Больной себя считает в течение 5 лет, когда впервые обратила

внимание на образование на стопе. За это время оно увеличилось в размерах, но к врачам пациентка не обращалась. Прогрессивное усиление болей и невозможность носить обувь обусловило первичное обращение в клинику.

Больная нормостенического телосложения, среднего роста, повышенного питания. Патологических изменений во внутренних органах не обнаружено. Анализы крови и мочи — без отклонений от нормы. Активные движения в суставах левой стопы возможны в пределах нормальных амплитуд. В проекции I плюсневой кости с тыльной стороны имеется опухолевидное образование, размером 4×3,5 см, плотноэластической консистенции, умеренно болезненное, кожа над образованием не изменена, обычной окраски, не горячая на ощупь. Было выполнено рентгенологическое исследование, выявившее дефект I плюсневой кости, неоднородность структуры, вздутие кортикального слоя (рис. 1). Первоначально диагностирован нодулярный теносиновит.



Рис. 1. Фотоотпечатки с рентгенограмм костей левой стопы больной С., 48 лет, при поступлении в клинику

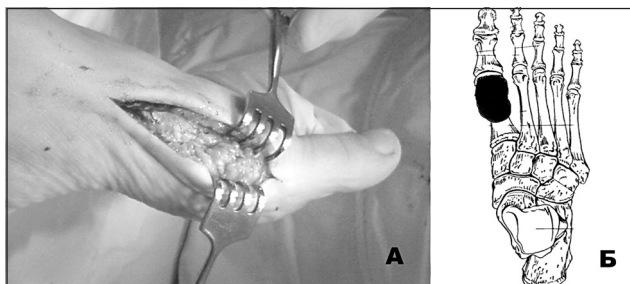


Рис. 2. Ход операции: а — рассечены мягкие ткани, обнажен патологический очаг; б — схема

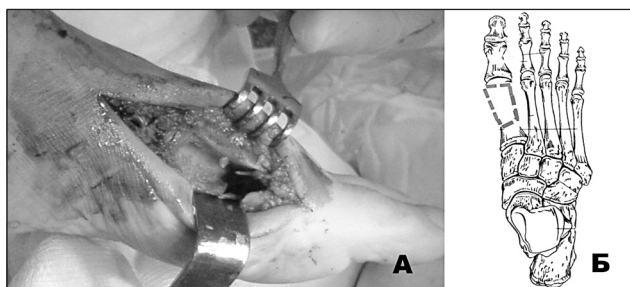


Рис. 3. Ход операции: а — проведена сегментарная резекция плюсневой кости; б — схема



Рис. 4. Ход операции: а — дистально трансплантат плотно введен в полусферу головки плюсневой кости, проксимально после подгонки по размеру закреплен спицами; б — схема расположения трансплантата

12.05.2009 г. была проведена сегментарная резекция, криодеструкция, аутопластика дефекта кости (Н.П. Демичев). Обезболивание — спинномозговая анестезия. Линейным разрезом в проекции I плюсневой кости рассечена кожа с подкожной клетчаткой. Обнажен патологический очаг (рис. 2). При ревизии выявлено, что опухолевидное образование очень плотной структуры и заполняет тело I плюсневой кости. Проведена сегментарная резекция I плюсневой кости, криодеструкция окружающей дефект кости жидким азотом тремя циклами замораживания по 1 мин и с самопроизвольным оттаиванием в течение 3 мин, аутопластика трансплантатом из гребня подвздошной кости размером 6×3 см (рис. 3). Дистальный конец трансплантата плотно введен в полусферу головки плюсневой кости, проксимальный после подгонки по размеру закреплен спицами (рис. 4).

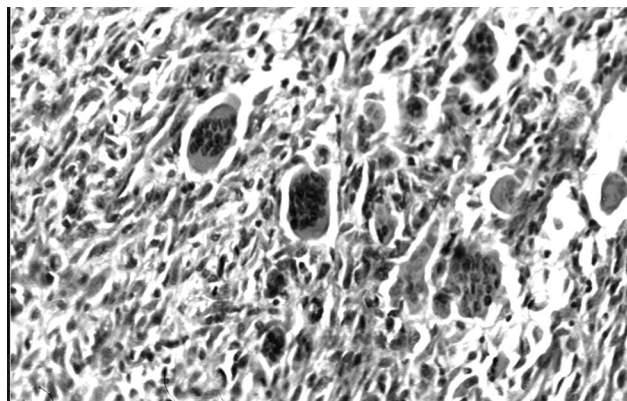


Рис. 5. Микрофото препарата гигантоклеточной опухоли больной С. Окраска гематоксилином и эозином. х100



Рис. 6. Фото больной С., 48 лет, через 6 мес после операции

Ткани операционной раны зашиты послойно наглухо. На конечность наложена гипсовая повязка. Патологическая ткань была отправлена для гистологического исследования.

При микроскопическом исследовании №23021-24 от 19.05.2009 г.: на фоне одноядерных клеточных элементов веретенообразной формы расположены гигантские многоядерные клетки типа остеокластов. Гистологическая картина удаленного образования плюсневой кости соответствовала гигантоклеточной опухоли (рис. 5).

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Пациентка выписана на амбулаторное лечение в гипсовой повязке. После снятия повязки в конце августа 2009 г. рекомендована ходьба на костылях.

Большая была осмотрена через 6 мес после операции (рис. 6). Ходит свободно, движения в суста-



Рис. 7. Фотоотпечаток с рентгенограмм костей левой стопы больной С. через 6 мес после операции. Определяется хорошая адаптация аутотрансплантата в метадиафизарном отделе I плюсневой кости

вах стопы в полном объеме. В проекции I плюсневой кости виден послеоперационный рубец длиной 4 см, без признаков воспаления. Полностью исчезли неприятные ощущения при ходьбе. Рентгенологически определяется хорошая адаптация аутотрансплантата в метадиафизарном отделе I плюсневой кости (рис. 7).

Заключение

Данное наблюдение представляет интерес с двух точек зрения: во-первых, как редкий случай поражения гигантоклеточной опухолью плюсневой кости. Мы считаем, что первоначально патологический процесс локализовался в теле плюсневой кости. Постепенно истончался кортикальный слой и, вероятнее всего, произошел прорыв опухолевых масс в окружающие мягкие ткани, их рост и дальнейшее

развитие, что и привело к выраженности клинической картины заболевания. Во-вторых, это наблюдение лишней раз подтверждает эффективность применения криохирургии и костной пластики в лечении гигантоклеточной опухоли.

Литература

1. Виноградова Т.П. Опухоли костей / Т.П. Виноградова. — М.: Медицина, 1973. — 334 с.
2. Остеобластокластома у детей и подростков / М.В. Волков, Г.И. Лаврищева, А.В. Баева, А.П. Бережный // Ортопед. травматол. — 1985. — № 10. — С. 9–13. — ISSN 0030-5987.
3. Воронович И.Р. Опухоли позвоночника (диагностика и клинико-рентгеноморфологические сопоставления с применением компьютерной и магнитно-резонансной томографии) / И.Р. Воронович, Л.А. Пашкевич. — Минск: Белорусский центр науч. мед. информации, 2000. — 204 с.
4. Демичев Н.П. Дифференциальная диагностика гигантоклеточных опухолей костей / Н.П. Демичев, В.Н. Иванов // Ортопед. травматол. — 1991. — № 6. — С. 51–58. — ISSN 0030-5987.
5. Демичев Н.П. Гигантоклеточные опухоли костей: опыт резекций и адьювантной криотерапии / Н.П. Демичев // Вестн. хир. — 1994. — № 7-12. — С. 47–51.
6. Демичев Н.П. Криохирургия гигантоклеточных опухолей костей / Н.П. Демичев, С.А. Войнов. — Астрахань, 2009. — 174 с.
7. Марин И.М. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей костей / И.М. Марин. — Кишинев: Штиинца, 1981. — 192 с.
8. Чаклин В.Д. Опухоли костей и суставов / В.Д. Чаклин. — М.: Медицина, 1974. — 288 с.
9. Dominok Knoch. Knochengeschwulste und Geschwulstähnliche Knochenerkrankungen / Dominok Knoch. — Jena: G. Fischer Verlag, 1982. — 440 s.
10. Schajowicz. Current trends in the diagnosis and treatment of malignant bone tumors / Schajowicz // Clin. Orthop. — 1983. — № 180. — P. 220–252.
11. Schaser Bail. Treatment concepts of benign bone tumors and tumor-like bone lesions / Schaser Bail, Haas Melcher // Chirurg. — 2002. — № 12. — P. 1181–1190.