

ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА



© А.Б. Шавырин, С.И. Липкин, 1998

А.Б. Шавырин, С.И. Липкин

К ВОПРОСУ О ПЕРВИЧНО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ХОНДРОБЛАСТОМЕ

Рязанская областная клиническая больница, Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, Москва

Согласно гистологической классификации опухолей ВОЗ (1972) хондробластома кости относится к доброкачественным хрящобразующим опухолям. Однако данные литературы более позднего времени свидетельствуют о возможности ее озлокачествления [1, 3–5, 7, 9]. Т.П. Виноградова [2] наряду с доброкачественной хондробластомой упоминает и о ее злокачественной форме, отмечая при этом, что «каждая доброкачественная форма опухоли, как правило, имеет свой злокачественный аналог». В мировой литературе описано 20 наблюдений злокачественной хондробластомы и имеются краткие упоминания еще о 8 таких случаях [5]. В работе В.Н. Бурдыгина, А.К. Морозова и С.И. Липкина [1] сообщается о 6 собственных наблюдениях, в работе А.К. Морозова [6] — о 8 злокачественных хондробластомах из 113 изученных, в публикации С.И. Липкина [5] — о 13 злокачественных хондробластомах и 3 светлоклеточных хондросаркомах, возникших, вероятно, на почве озлокачествления хондробластомы; по данным В.Л. Котова и С.И. Липкина [3], у 13 из 225 больных с хондробластомой опухоль верифицирована как злокачественная.

К факторам, способствующим превращению хондробластомы в злокачественную, следует отнести неадекватное хирургическое вмешательство, физиотерапию, лучевое лечение.

Гистологическое строение злокачественных хондробластом весьма разнообразно, что делает их диагностику крайне затруднительной. Условно можно выделить несколько морфологических вариантов озлокачествления: 1) злокачественная опухоль сохраняет черты строе-

ния, свойственные хондробластома; 2) озлокачествление по типу хондросаркомы; 3) озлокачествление в светлоклеточную хондросаркому; 4) озлокачествление по типу хондробластического варианта остеогенной саркомы; 5) озлокачествление по типу злокачественной остеобластокластомы; 6) озлокачествление «кислотозной формы хондробластомы» [3–5]. Наибольшие трудности возникают при верификации первого варианта озлокачествления [5].

Наряду с признанием возможности озлокачествления хондробластомы некоторые авторы, основываясь на особенностях клинико-рентгенологических проявлений заболевания и в ряде случаев — на данных о гистологическом строении опухоли, высказывают мнение о существовании первично злокачественной хондробластомы [1, 3, 4, 6, 8, 10]. В связи с этим предлагается дополнить существующую классификацию опухолей костей, включив в нее озлокачествленную или злокачественную хондробластома как отдельную нозологическую форму [5, 6].

В приводимом ниже наблюдении, по нашему мнению, хондробластома можно расценивать как первично злокачественную. К публикации этого случая нас побудило малое число наблюдений как в отечественной, так и в зарубежной литературе, единичные упоминания о первично злокачественной хондробластома.

Больной К., 15 лет, поступил в ортопедическое отделение Рязанской областной клинической больницы 3.08.93 с жалобами на постоянные «ночные» боли в правом коленном суставе. Ежедневно принимает анальгетики, которые несколько уменьшают боль. Впервые боли появились в апреле 1993 г., связывает их с падением на коленный сустав. В апреле по месту жительства проведено лечение — гипсовая иммобилизация, антибиотики. Из-за продолжающихся болей был госпитализирован повторно. Назначенная физиотерапия усилила болевой синдром, пациент направлен в областную больницу.

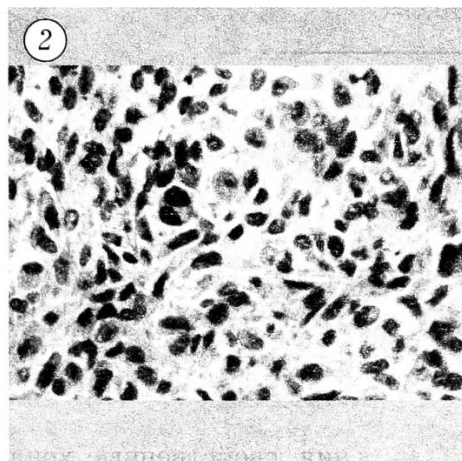


Рис. 1. Рентгенограмма правого коленного сустава до операции: очаг деструкции во внутреннем мыщелке большеберцовой кости.

Рис. 2. Гистологическое строение удаленной опухоли: резко выраженный полиморфизм и атипизм клеток при сохранении общего типа строения хондробластомы.

Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 300.

Рис. 3. Рентгенограмма правого коленного сустава через 3 года после операции: признаков рецидива опухоли нет; приживление и перестройка аутооттрансплантатов.

лантатом из крыла подвздошной кости. Послеоперационный период протекал без осложнений. При гистологическом исследовании операционного материала обнаружено строение злокачественной хондробластомы. Готовые гистологические препараты консультированы в патологоанатомической лаборатории ЦИТО, диагноз злокачественной хондробластомы подтвержден (рис. 2).

Клинико-рентгенологические данные и гистологическая картина опухоли дают основание расценивать ее как первично злокачественную хондробластому.

При контрольном обследовании через 3 года больной жалоб не предъявляет, походка не нарушена, движения в коленном суставе в полном объеме. На рентгенограмме данных, свидетельствующих о рецидиве опухоли, нет, определяется приживление и перестройка аутооттрансплантатов (рис. 3). На рентгенограмме легких патологии не выявлено.

Наше наблюдение представляет интерес по двум причинам:

1) оно является примером адекватного хирургического лечения злокачественной опухоли кости с хорошим онкологическим и ортопедическим отдаленным результатом;

2) каждое достоверное наблюдение злокачественной хондробластомы ценно, так как общее число таких наблюдений в мировой литературе продолжает оставаться очень малым.

При поступлении: выраженная хромота на правую ногу, гипотрофия в нижней трети бедра, коленный сустав увеличен в объеме за счет периартикулярных тканей по внутренней поверхности. Резкая болезненность при пальпации внутреннего мыщелка большеберцовой кости. Активные движения в коленном суставе практически в полном объеме. Кожные покровы не изменены. В клинических и биохимических анализах крови и мочи отклонений от нормы нет. На рентгенограмме правого коленного сустава в метаэпифизе большеберцовой кости определяется очаг деструкции округлой формы диаметром 2,5 см с ободком склероза. Имеется вздутие кости на этом уровне, периостальная реакция. Создается впечатление прерывания коркового слоя на уровне очага деструкции (рис. 1). Клинико-рентгенологическая дифференциальная диагностика проводилась между хондробластомой, хондромой с озлокачествлением, абсцессом Броди. 10.08.93 произведена пункционная биопсия, гистологическое заключение: хондросаркома.

18.08.93 больной оперирован — выполнены окостосуставная резекция верхней трети большеберцовой кости вместе с опухолью и прилежащими мягкими тканями единым блоком, электрокоагуляция, замещение образовавшегося дефекта аутооттрансп-

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бурдыгин В.Н., Морозов А.К., Липкин С.И. //Диагностика и лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. — М., 1987. — С. 80–82.
2. Виноградова Т.П. Опухоли костей. — М., 1973. — С. 55–62.
3. Котов В.Л., Липкин С.И. //Опухоли и опухолеподобные дисплазии костей. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов и позвоночника: Тезисы докладов Всерос. науч.-практ. конф. травматологов-ортопедов. — Рязань, 1995. — С. 52–53.
4. Липкин С.И. //Медицинская реабилитация больных с переломами костей и ортопедическими заболеваниями: Сб. трудов ЦИТО. — 1983. — Вып. 26. — С. 10–15.
5. Липкин С.И. //Арх. пат. — 1995. — N 1. — С. 23–27.
6. Морозов А.К. Клинико-рентгенологическая характеристика хондробластомы кости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987.
7. Трапезников Н.Н. Лечение первичных опухолей костей. — М., 1968. — С. 53–61.
8. Bloem J.L., Mulder J.D. //Skelet. Radiol. — 1985. — Vol. 14, N 1. — P. 1–9.
9. Dahlin D., Ivins S.C. //Cancer (Philad.). — 1972. — Vol. 30, N 2. — P. 401–413.
10. Nolan D.J., Middlemiss S. //Clin. Radiol. — 1975. — Vol. 26, N 3. — P. 343–350.