

— консультация уролога: на уретроцистограмме в прямой и боковой проекциях уретра свободно проходима на всем протяжении. Емкость мочевого пузыря достаточная. Контуры мочевого пузыря четкие, ровные (см. рисунок, 2). Катетеризация мочевого пузыря затруднена из-за деформации костей таза и атипичного расположения входа в уретру, который открывается не в преддверие, а в само влагалище по передней стенке. Клитор практически не выражен. В урологическом лечении не нуждается.

3.10.94 под эндотрахеальным наркозом произведена хирургическая коррекция деформации переднего отдела тазового кольца: резекция симфиза, иссечение остеофитов, резекция нисходящих отделов лобковых и седалищных костей (до седалищных бугров).

Дугообразным разрезом над лоном обнажена передняя поверхность лобкового симфиза. Нисходящие ветви лобковых костей сходятся к симфизу под углом 60° , значительно сужая вход во влагалище. При ревизии по передней поверхности симфиза обнаружены два массивных остеофита с основаниями 4×6 и 5×4 см, выступающие над лоном до 2,5 и 3 см. Имеется сращение нисходящих ветвей лобковых костей по всей длине, за счет чего длинник лобкового симфиза превышает 10 см.

Произведено надкостничное выделение передней поверхности симфиза и нисходящих ветвей лобковых костей до седалищных бугров. Выполнена частичная резекция лобкового симфиза на уровне 3,5 см от верхнего края, в зоне резекции частично удалена полностью замурованная в толще кости проволоочная петля, оставшаяся после первой операции, перенесенной в детстве. Произведена резекция лобковых костей до уровня седалищных бугров (см. рисунок, д). Осуществлен гемостаз. При вагинальном исследовании влагалище пропускает два пальца. Обращает на себя внимание тот факт, что стенка влагалища рубцово изменена, ригидна (напоминает по виду хрящевые кольца трахеи).

Послеоперационное течение без осложнений. Катетеризация мочевого пузыря продолжалась 7 сут, после удаления катетера восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Рана зажила первично. Режим вертикальных нагрузок без ограничений с первого дня. Швы сняты через 2 нед. Больная ходит без дополнительных средств опоры, походка свободная, ритмичная, безболезненная.

Консультирована гинекологом (проф. Л.К. Савицкая) 27.10.94: в результате пластической операции на тазовых костях вход во влагалище свободный, влагалище достаточной емкости. Половая жизнь возможна.

28.10.94 (через 3 нед после операции) выписана под амбулаторное наблюдение гинеколога и

травматолога по месту жительства. При вагинальном исследовании влагалище пропускает три пальца. Отдаленный результат прослежен в течение 5 лет после операции (см. рисунок, е). Пациентка жалоб не предъявляет, в семейной жизни счастлива.

© Коллектив авторов, 1999

А.Н. Махсон, Н.Е. Махсон, М.Ю. Щупак

ДЕСМОПЛАСТИЧЕСКАЯ ФИБРОМА (ДЕСМОИД) БЕДРЕННОЙ КОСТИ: 2 НАБЛЮДЕНИЯ

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62

Десмопластическая фиброма (экстраабдоминальный десмоид) впервые выделена в самостоятельную нозологическую форму в 1958 г. Н.Л. Jaffe [6]. Эта опухоль существенно отличается по своему течению от десмоида брюшной стенки. Ей присуща резко выраженная способность инфильтрировать окружающие ткани, нередко случаи распространения опухоли на сосуды и нервы. Заболевание поражает, как правило, мягкие ткани. Экстраабдоминальные десмоиды чаще возникают в области плеча, грудной стенки, спины, лопатки [1, 6]. Десмопластические фибромы костей встречаются крайне редко. Так, Р. Vuhm и соавт. [5] описали два случая поражения этой опухолью большеберцовой кости. По их данным, к 1996 г. в литературе представлено всего несколько десятков случаев поражения костей. Н.Н. Петровичев [3] описал случай десмоида бедренной кости. В книге С.Т. Зацепина «Сохранные операции при опухолях костей» [2] сообщается об операциях на предплечье у двух больных с рецидивами десмопластической фибромы. Хирургические вмешательства сопровождались резекцией костей предплечья. Наблюдения интересны, но ни в одном, ни в другом случае нет ни клинических, ни рентгенологических данных, которые могли бы свидетельствовать о поражении костей предплечья десмоидом, да автор и сам не указывает на это. Других публикаций о десмопластической фиброме костей мы в отечественной литературе не обнаружили. По данным Н.Н. Петровичева со ссылкой на работу Н.Г. Spjut, опубликованную в 1971 г., в литературе к тому времени было описано всего 6 случаев поражения бедренной кости.

Приводим собственные наблюдения.

Больная Ц., 30 лет. В 1976 г. появились боли и отечность в правой голени. Диагностирован лимфостаз. В 1985 г. оперирована в одном из Московских НИИ. Наложена лимфовенозный анастомоз. Отек усилился. Через полтора года появились уплотнение и припухлость в подколенной области, сглаживание контуров коленного сустава, боли в суставе при движениях. Госпитализирована в больницу № 62.

При поступлении в нижней трети правого бедра определяется опухолевое образование размером 16×12 см, распространяющееся в подколенную область. Голень резко отечна. На рентгенограммах (рис. 1) — вздутие дистального метаэпифиза бедренной кости крупноочагового характера, деструкция кости, периостальная реакция по ее переднему краю, патологический перелом. Мягкие ткани уплотнены, коленный сустав не изменен. Произведена трепанобиопсия. Получено заключение (проф. Н.Н. Петровичев): в представленном материале содержатся кусочки опухоли, состоящие преимущественно из межклеточного компонента (коллагеновые волокна) и фибробластоподобных клеток; материала мало для уточнения как гистогенеза, так и характера опухоли; в первую очередь следует думать о высокодифференцированной фибросаркоме или десмопластической фиброме.

26.12.88 больная оперирована (А.Н. Махсон) — выполнена резекция суставного конца бедренной кости с широким иссечением мягкотканной опухоли в пределах здоровых тканей. Дефект замещен эндопротезом Сиваша (рис. 2). Пациентка хорошо пользовалась оперированной конечностью, слегка хромала.

Морфологическое исследование препарата: опухоль расположена вне кости, прорастает кость на протяжении 8 см, патологический перелом. Опухоль распространяется по костномозговому каналу. На разрезе белесо-

ватого цвета, волокнистого строения, состоит преимущественно из межклеточного компонента (коллагеновые волокна) и фибробластоподобных клеток (рис. 3). Заключение: десмопластическая фиброма кости (Н.Н. Петровичев, М.С. Попов).

Через 10 лет признаков рецидива или отдаленных метастазов нет.

Больной Т., 45 лет, поступил в ЦИТО по поводу опухоли верхней трети левой бедренной кости. Болен более 2 лет, амбулаторно получал повторные курсы физиотерапии, массажа. Массажисткой впервые замечена припухлость в верхней трети бедра, и больной госпитализирован в онкологическое отделение Института радиологии (Обнинск). Там произведена трепанобиопсия, и больной переведен в ЦИТО.

При просмотре биопсийных препаратов в ЦИТО выявлена десмопластическая фиброма. Клинически по внутренней поверхности левого бедра определялось плотное неподвижное опухолевое образование, верхним полюсом уходив-

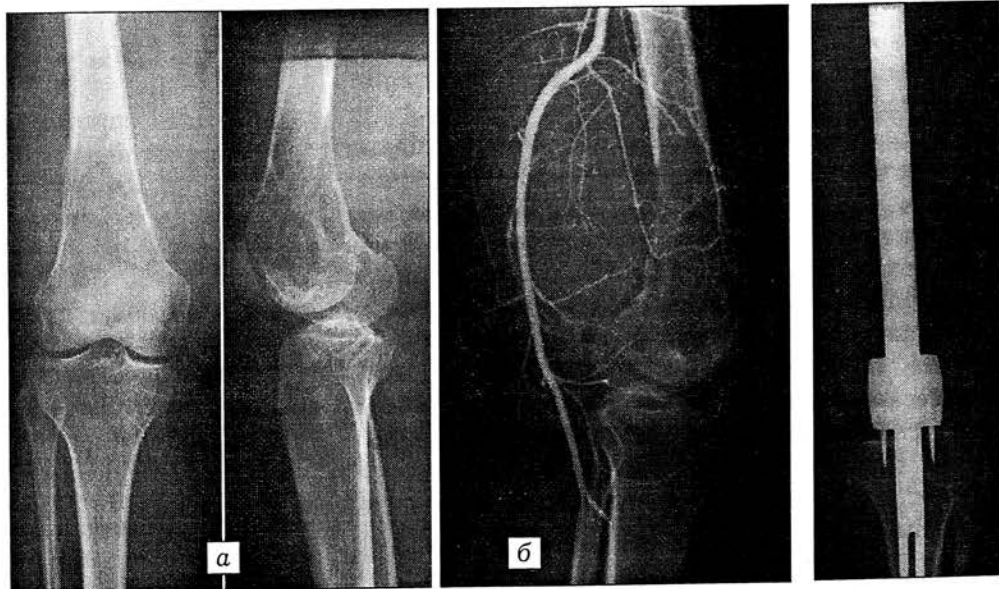


Рис. 1

Рис. 1. Рентгенограммы больной Ц. в прямой и боковой проекциях (а) и ангиограмма (б) до операции.

Рис. 2

Рис. 2. Рентгенограмма той же больной после операции.

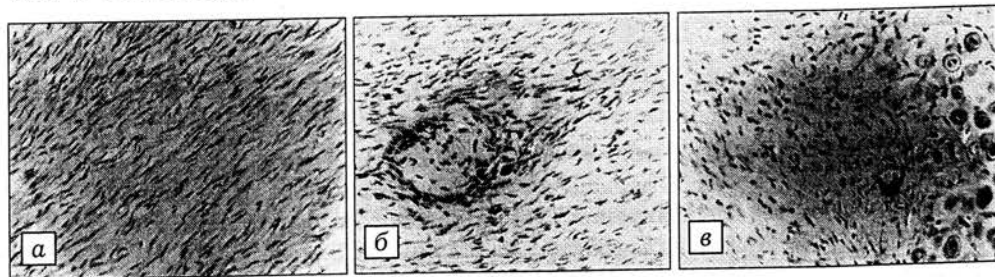


Рис. 3. Микрофотограммы препарата той же больной.

а — десмопластическая фиброма кости (типичная структура опухоли); б — очаг остеогенеза в исследуемой опухолевой ткани; в — очаг хондроматоза. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

шее в область приводящих мышц, где его край трудно прощупывался. Пальпируемая часть опухоли была размером 5×6 см. На рентгенограммах выявлялась мягкотканная опухоль верхней трети бедра с узурацией коркового слоя бедренной кости.

28.03.73 в ЦИТО произведена операция (Н.Е. Махсон). По ходу ее выяснилось, что опухоль прорастает сосудисто-нервный пучок, бедренный нерв и врастает в бедренную кость. Путем тщательной препаровки выделена бедренная артерия, а бедренная вена резецирована на протяжении 5 см (с последующим восстановлением ее путем сшивания конец в конец сосудосшивающим аппаратом). Резецирован бедренный нерв и произведена радикальная операция — резекция проксимального суставного конца бедренной кости с эндопротезированием по Сивашу. Послеоперационный период осложнился тромбоэмболией легочной артерии, сопровождавшейся коллапсом и выраженной острой легочно-сердечной недостаточностью. Проводилась массивная тромболитическая терапия. Больной поправился.

Препарат изучен проф. Т.П. Виноградовой, С.И. Липкиным и А.М. Берманом. Диагностирована десмопластическая фиброма с узурацией коркового слоя бедренной кости.

Больной хорошо пользовался оперированной конечностью. Отмечалась некоторая неустойчивость ее в связи с резекцией бедренного нерва, но функция четырехглавой мышцы бедра частично сохранялась. Движения в тазобедренном суставе были слегка ограничены. Больной ходил, умеренно хромя, без дополнительной опоры, в непогоду пользовался тростью. Вернулся к своей профессиональной деятельности.

В октябре 1995 г. (через 22 года после операции на бедре) появилась макрогематурия. Больной был госпитализирован в больницу № 62 в тяжелом состоянии. Диагностирован рак левой почки. Пациент готовился к операции, но его состояние быстро ухудшалось и, несмотря на проводимую терапию, 29.10.95 наступила смерть. При вскрытии выявлены рак левой почки, выра-

женные дистрофические изменения в печени и почках, отек головного мозга. В области эндопротеза рецидива нет, имеются начальные явления металлоза. Непосредственная причина смерти — отек головного мозга.

В последние десятилетия в литературе появилось много публикаций, посвященных агрессивному фиброматозу (десмоиду). Пересматриваются некоторые подходы к лечению этих больных. Предложены и продолжают разрабатываться методы лекарственного лечения больных с экстраабдоминальными десмоидами (химио-, гормонотерапия) [4].

Мы представляем два редких наблюдения поражения агрессивным фиброматозом (десмоидом) бедренной кости. Для местного распространения этой опухоли характерен выраженный инфильтративный рост с поражением окружающих сосудов, нервов и других мягких тканей, что обычно свойственно опухолям высокого злокачественного потенциала. Вместе с тем десмоид не метастазирует в отдаленные органы (что в конечном итоге, как правило, определяет судьбу больного) и в этом смысле занимает промежуточное положение между злокачественными и доброкачественными мягкотканными опухолями.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Виноградова Т.П. Опухоли костей. — М., 1973. — С. 125–129.
2. Зацепин С.Т. Сохранные операции при опухолях костей. — М., 1984. — С. 195–199.
3. Петровичев Н.Н. //Арх. патол. — 1985. — Т. 57, N 12. — С. 55–57.
4. Чиссов В.И., Дарьялова С.Л., Бойко А.В., Королева Л.А. //Вестн. травматол. ортопед. — 1998. — N 1. — С. 12–17.
5. Buhm P. et al. //Cancer. — 1996. — Vol. 78, N 5. — P. 1011–1025.
6. Jaffe H.L. Tumours and tumorous conditions of the bones and joints. — Philadelphia, 1958.



Общество травматологов-ортопедов и протезистов Москвы и Московской области

28 октября 1999 г. состоялось заседание Общества, на котором был заслушан отчет о работе Общества за 3 года и проведены выборы Правления на очередной срок.

Председателем Правления Общества избран академик РАМН С.П. Миронов.

В состав Правления вошли: Балберкин А.В. (казначей), Буачидзе О.Ш. (зам. председателя), Голубев В.Г., Ветрилэ С.Т., Загородний Н.В., Зоря В.И., Кузьменко В.В. (зам. председателя), Лирцман В.М., Малахов О.А., Митбрейт И.М., Мусалатов Х.А., Николенко В.К., Оноприенко Г.А., Охотский В.П. (зам. председателя), Сергеев С.В., Силин Л.Л., Скороглядоев А.В., Снетков А.И. (зам. председателя), Соколов В.А., Ширяева Г.Н. (секретарь).

Почетными членами Правления Общества избраны профессор Берглезов М.А., Гурьев В.Н., Зацепин С.Т., Иванова Н.П., Миронова З.С.