

Больной Х. 29 лет с гигантоклеточной опухолью проксимального отдела плечевой кости.

а — ангиограмма до операции; б — рентнограмма после удаления опухоли и эндопротезирования проксимального конца плечевой кости.

допротеза в оставшейся части плечевой кости приступали к фиксации его проксимальной части. При этом учитывали требования стабильности и функциональности крепления искусственного сустава. Эндопротез фиксировали из четырех точек. Сначала крепили его головку лавсановой лентой к верхнему краю суставной впадины лопаточной кости, затем второй лентой формировали связку в области акромиального конца ключицы. Проверяли прочность крепления путем осевой нагрузки. Далее подшивали сухожильный конец под- и надлопаточных мышц к отверстию в подголовочной части эндопротеза. Укороченные концы большой и малой грудных мышц удлиняли лавсановой лентой и соединяли с шейечной частью эндопротеза. Проверяли сгибание, отведение и ротацию в плечевом суставе. Сгибание должно быть не менее 60° — это необходимо для самообслуживания больного; кроме того, принимается в расчет послеоперационная потеря объема движения в среднем на $10-15^\circ$.

Исходы оперативного лечения изучены у всех больных в сроки от 6 мес до 3 лет. Четверо пациентов получили возможность самообслуживания, из них двое заняты легким трудом на местном предприятии. С учетом агрессивности опухолевого процесса и стадии заболевания, в которой была произведена операция, результат у этих больных оценен как хороший (см. рисунок). У одной больной исход оказался неудовлетворительным: в связи с рецидивом опухолевого процесса через год ей была произведена межлопаточно-грудная ампутация.

Таким образом, дефект проксимального конца плечевой кости после удаления запущенной опухоли может быть замещен однополюсным моноконтным титановым эндопротезом. Для обеспечения функциональности и стабильности искусственного сустава необходимо восстановление связочного аппарата путем фиксации его в области головки и шейки эндопротеза. В ортопедическом плане дальнейшее улучшение результатов эндопротезирования проксимального отдела плечевой кости видится нам в создании двухполюсных эндопротезов плечевого сустава.

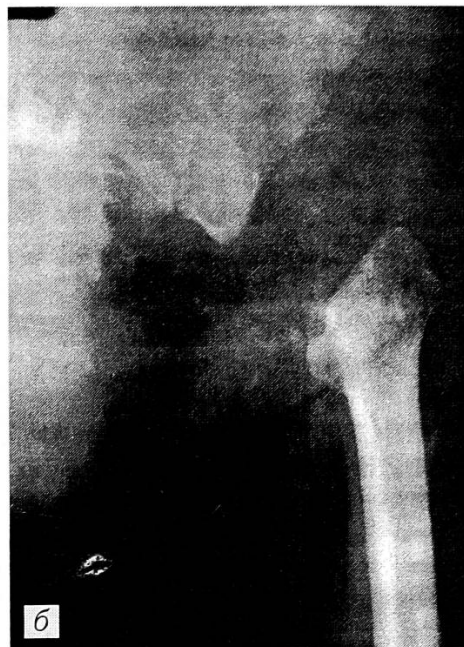
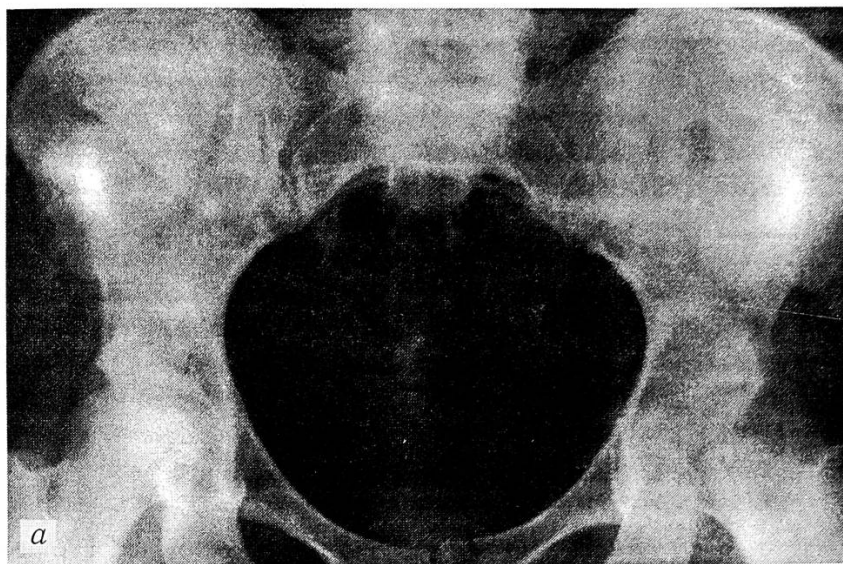
© А.Н. Махсон, 1996

А.Н. Махсон

ОПУХОЛЕВЫЙ ТРОМБОЗ НЕПАРНОЙ И ПОЛУНЕПАРНОЙ ВЕН У БОЛЬНОЙ С ХОНДРОСАРКОМНОЙ КОСТЕЙ ТАЗА (ОПИСАНИЕ ОДНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62

Б о л ь н а я С., 38 лет, до поступления в больницу № 62 в течение полутора лет подвергалась интенсивной физиотерапии, а затем противотуберкулезному лечению с предположительным диагнозом «коккартроз», а позднее — «туберкулез тазобедренного сустава». Диагноз хондросаркомы низкой степени зрелости тела подвздошной кости был поставлен после открытой биопсии. При обследовании в отделении: имеется обширный послеоперационный рубец в левой подвздошной области; пальпаторно опухолевое образование не определяется; движения в тазобедренном суставе ограничены и болезненны. Рентгенограммы легких: патологии нет. На рентгенограммах костей таза выявляется деструкция тела подвздошной кости слева, сужение щели левого тазобедренного сустава (см. рисунок, а).



Рентгенограммы больной С. до операции (а) и после межподвздошно-брюшной резекции (б).

18.06.90 больной произведена операция — межподвздошно-брюшная резекция. Опухоль удалена единым блоком, с лобковой, седалищной костями, телом подвздошной кости, головкой бедренной кости и подвздошно-поясничной мышцей. Целость опухоли нигде не была нарушена. Операция была произведена радикально и, с позиции оперировавшего хирурга (А.Н. Махсон), абластично. Через 1,5 мес после операции пациентка начала ходить с опорой на костыли. Через 1 мес после выписки появились боли в левой подвздошной области, интенсивность которых быстро нарастала. Больная была повторно госпитализирована. На рентгенограммах выявляется (нечетко) краевая деструкция крестца слева, состояние после межподвздошно-брюшной резекции (см. рисунок, б).

Через 4 мес после межподвздошно-брюшной резекции у больной появились неврологические нарушения в виде потери чувствительности, а затем двигательных расстройств обеих стоп. Они распространялись снизу вверх, и в течение 1,5 мес у больной развилась вялая нижняя параплегия. Неврологические нарушения протекали по типу восходящего миелимита, который достиг уровня Т6 сегмента. Описанную симптоматику расценивали как следствие постепенно развивающегося расстройства кровоснабжения спинного мозга на почве опухолевого тромбоза системы нижней полой вены. Однако в такое предположение не укладывалось отсутствие отеков нижних конечностей и других признаков высокого поражения нижней полой вены.

Состояние больной прогрессивно ухудшалось, были выявлены множественные метастазы в легких, и 14.12.90 (через полгода после операции) наступила смерть.

При вскрытии выявлен рецидив опухоли с поражением крестца слева и мягкотканым компо-

нентом. Четко определяется заполнение просвета многочисленных вен таза хрящевой опухолевой тканью. Такая же картина опухолевого тромбоза просматривается в непарной и полунепарной венах и впадающих в них мелких сегментарных венах. Опухолевая ткань заполняет эпидуральное пространство до нижних грудных позвонков. Просвет нижней полой вены свободен от опухолевых масс.

Кроме того, обнаружены множественные метастазы и очаги инфаркта в легких.

Заключение морфолога. Рецидив хондросаркомы после межподвздошно-брюшной резекции, прорастание опухоли в просвет непарной и полунепарной вен, в межпозвонковые вены, в венозное сплетение твердой мозговой оболочки и субдуральное пространство спинного мозга. Множественные метастазы в легких. Обтурация опухолевыми эмболами просвета сегментарных и субсегментарных путей легочной артерии. Сегментарные очаги некроза спинного мозга.

Следовательно, у больной произошла дедифференциация хондросаркомы подвздошной кости в результате длительного порочного лечения, а затем возник рецидив после операции и опухолевый тромбоз вен полости таза с распространением по системе непарной и полунепарной вен. Наступило поражение спинного мозга вследствие нарушения его кровоснабжения.

Необычность описанного случая опухолевого тромбоза венозной системы у больной с хондросаркомой заключается в том, что такой тромбоз, как правило, происходит в нижней полой вене, и это неоднократно отражено в литературе. Описания опухолевого тромбоза в системе непарной и полунепарной вен мы не встретили.