

Результат лечения больного с гигантоклеточной опухолью проксимального отдела бедренной кости

А.В. Каминский, О.К. Чегуров, А.Л. Максимов, Д.Н. Ефимов, М.А. Рева

A result of treatment in a patient with giant cell tumor of proximal femur

A.V. Kaminsky, O.K. Chegurov, A.L. Maksimov, D.N. Yefimov, M.A. Reva

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, г. Курган
(директор — д. м. н. А.В. Губин)

Приведены результаты лечения пациента молодого возраста с гигантоклеточной опухолью проксимального отдела бедренной кости с использованием тотального эндопротезирования правого тазобедренного сустава, который через 1,5 года после артропластики получил двойной перелом правой бедренной кости в средней и нижней трети. Перипротезный перелом фиксирован серкляжем, перелом в нижней трети — аппаратом Илизарова. Через год после травмы рентгенологически определялись консолидированные переломы бедренной кости и стабильный эндопротез тазобедренного сустава.
Ключевые слова: бедренная кость, гигантоклеточная опухоль, эндопротезирование, перипротезный перелом, серкляж, аппарат Илизарова.

The results of treatment are presented in a young patient with giant cell tumor of proximal femur using the procedure of total endoprosthesis of the right hip. A double fracture of the right femur middle and lower thirds occurred in him 1.5 years after arthroplasty. The periprosthetic fracture was fixed using cerclage, and the Ilizarov fixator was applied to the lower third fracture. Consolidated femoral fractures, as well as a stable endoprosthesis of the hip was determined by x-ray one year after injury.
Keywords: femur, giant cell tumor, endoprosthesis, periprosthetic fracture, cerclage, the Ilizarov fixator.

Опухоли костей в настоящее время остаются актуальной проблемой медицины. Имеются определенные трудности по лечению пациентов с данным заболеванием. Одним из основных вопросов остается то, кто должен лечить данных больных. Несмотря на то, что данная проблема относится к разделу онкологии, лечением опухолей опорно-двигательной системы занимаются травматологи-ортопеды. Этому способствует ряд факторов: малая частота случаев по отношению к другим опухолям (около 1 %), нуждаемость в специфическом лечении (в частности, хирургическое с операциями на костях, пластикой дефектов, применение внеочагового остеосинтеза, эндопротезирования и др.), первичное установление диагноза травматологами при возникновении патологического перелома, требующего последующего остеосинтеза, и многое другое [1, 3]. В то же время требуется определенная подготовка травматологов-ортопедов по вопросам онкологии для оказания квалифицированной помощи таким больным.

Гигантоклеточная опухоль кости — доброкачественная опухоль, которая, однако, обладает склонностью к деструктирующему росту. Доля опухоли составляет около 5 % всех первичных костных опухолей и 20 % доброкачественных первичных опухолей костей. Более 75 % гигантоклеточных опухолей развиваются вблизи суставных концов большеберцовой, бедренной, плечевой и лучевой костей [2]. Большинство больных — люди в возрасте 20-40 лет. В 10 % случаев диагноз устанавливается при патологических переломах. Опухоль часто рецидивирует (до 50 % при выскабливании). Кроме того, она

способна давать метастазы в легкие менее чем в 1 % случаев. Отдельные участки опухоли могут подвергаться озлокачествлению в 1,5-13 % случаев [4].

В связи с вышеизложенным представляет определенный интерес результат лечения пациента с гигантоклеточной опухолью проксимального отдела правого бедра.

Пациент Ф., 25 лет, поступил в клинику с диагнозом: солитарная киста проксимального отдела правой бедренной кости с тотальным поражением шейки и головки. При поступлении жалобы на умеренные боли в области правого тазобедренного сустава, иррадиирующие по передней поверхности правого бедра, усиливающиеся при движении. Боли появились за год до поступления без видимой причины, беспокоили незначительно после физической нагрузки. Пациент вел активный образ жизни, работал охранником. За последние полгода отмечает усиление болевого синдрома, боли стали постоянными, присоединилась хромота. Лечился анальгетиками. За медицинской помощью обратился по месту жительства 4 месяца назад, после рентгенографии выставлен диагноз: доброкачественная киста шейки правого бедра, рекомендовано эндопротезирование тазобедренного сустава, ходьба на костылях. При поступлении больной гиперстенического телосложения, имеет повышенный вес (рост 173 см, вес 90 кг). Ходит с 2 костылями, хромота на правую ногу. Область правого бедра при осмотре без изменений. Ось правой нижней конечности правильная. Относительная длина ног одинаковая справа и слева. Незначительная атрофия мягких тканей правого бедра и голени (до 2 см). Движения

в правом тазобедренном суставе не ограничены: сгибание 50°, разгибание 180°, отведение 125°, приведение 60°, наружная ротация 20°, внутренняя ротация 10°. На рентгенограмме (рис. 1) определяется обширное кистозное образование шейки и головки правой бедренной кости с четкими неровными контурами, занимающее практически всю шейку и головку, не выходящее за пределы кортикальной пластинки.

Пациенту было выполнено тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава протезом SLPS ЗАО «Алтимед». Интраоперационно отмечено увеличение размеров шейки правой бедренной кости, цианотичный оттенок, отсутствие костной ткани внутри головки и шейки, киста занимает всю головку и шейку бедренной кости, стенки выстланы синюшной оболочкой, которая не проникает в сустав, прорывов нет, хрящ целый. При срочном гистологическом исследовании определяется картина гигантоклеточной опухоли. Послеоперационный период протекал без особенностей. Пациент активизирован, ходит с 2 костылями без нагрузки на оперированную ногу. Длина ног одинаковая справа и слева. Движения в пределах возможностей протеза сохранены. Швы сняты на 12 сутки после операции. На рентгенограмме стабильный эндопротез правого тазобедренного сустава, положение компонентов правильное, стабильное (рис. 1). Пациент выписан на амбулаторное лечение.

После выписки в клинику не обращался, наблюдался амбулаторно по месту жительства.

Повторно пациент попал на лечение в клинику через 1,5 года после выписки, когда попал в ДТП, получил открытый ЗБ типа косой оскольчатый перелом средней трети и поперечный оскольчатый перелом нижней трети правой бедренной кости со смещением отломков, перелом поперечных отростков L_I-L_{III}. Через 2 суток после травмы выполнена ревизия правого тазобедренного сустава, открытый

osteosинтез перипротезного перелома проволочными серкляжными швами, закрытый остеосинтез перелома в нижней трети аппаратом Илизарова. После операции пациент, учитывая тяжесть переломов, длительно находился на стационарном лечении. Фиксация аппаратом продолжалась до 6 месяцев. После снятия аппарата выписан на амбулаторное лечение, при выписке наложена кокситная гипсовая повязка, в которой он находился еще 1 месяц. На контрольном осмотре через год пациент жалоб не предъявляет. Ходит с умеренной хромотой без средств опоры. Оси нижних конечностей правильные. Послеоперационные рубцы на правом бедре мягкие, безболезненные. Отмечается укорочение правой нижней конечности 3 см. Движения в правом тазобедренном суставе в пределах возможностей протеза выполняет. Сосудистых, неврологических расстройств в нижних конечностях нет. На рентгенограммах имеются консолидированные переломы средней и нижней трети правой бедренной кости, стабильный эндопротез правого тазобедренного сустава. Пациент вернулся на прежнее место работы, результатом лечения доволен.

Таким образом, своевременное выявление патологического образования и последующее эндопротезирование тазобедренного сустава явилось радикальным методом лечения молодого пациента с гигантоклеточной опухолью проксимального отдела бедренной кости, позволило избежать прогрессирования заболевания, возникновения патологического перелома, метастазов и озлокачествления опухоли, что позволяет надеяться на длительный положительный результат лечения. В свою очередь, сочетание методов накостного остеосинтеза проволочными серкляжными швами и чрескостного внеочагового остеосинтеза аппаратом Илизарова позволило добиться консолидации возникших впоследствии переломов и сохранить стабильность эндопротеза тазобедренного сустава.

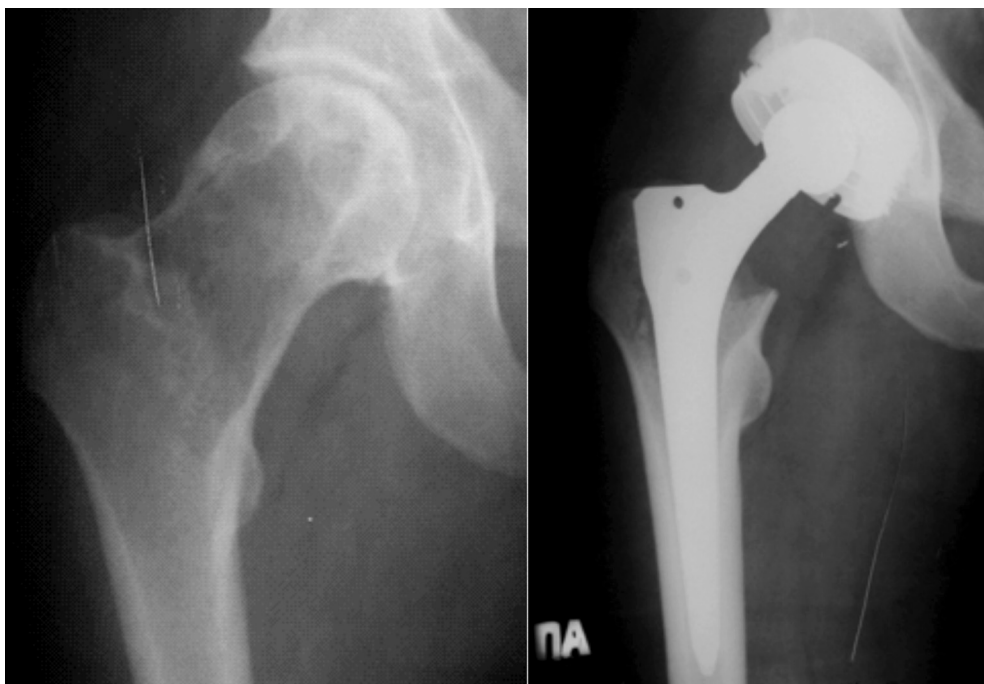


Рис. 1. Рентгенограммы в прямой проекции правого тазобедренного сустава больного Ф. до и после лечения

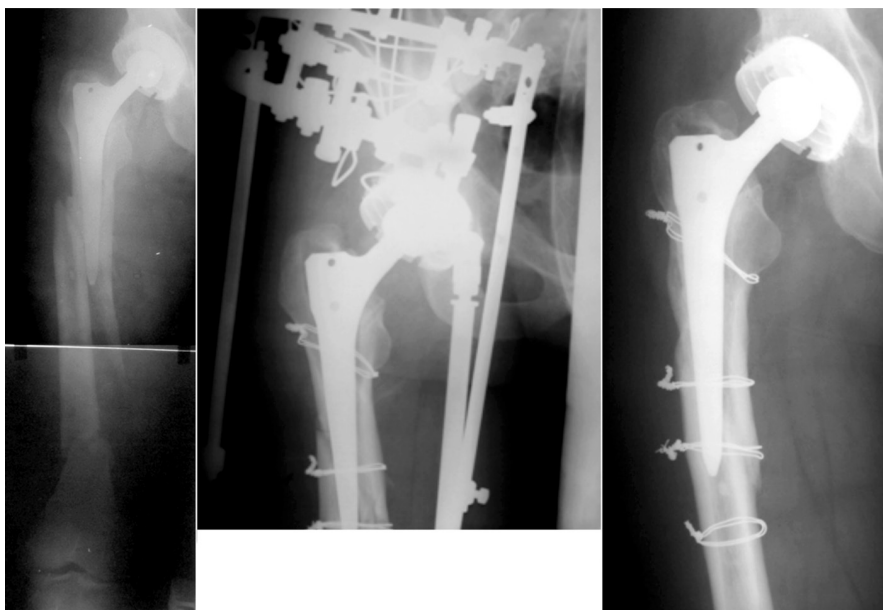


Рис. 2. Рентгенограммы области повреждения в прямой проекции больного Ф. до, во время и через год после лечения



Рис. 3. Фото больного Ф. после лечения

ЛИТЕРАТУРА

1. Чиссов В. И., Дарьялова С. Л. Онкология. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. 560 с.
2. Ганцев Ш. Х. Онкология. М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. 488 с.
3. Тепляков В. В. Чрескостный остеосинтез в лечении больных с первичными злокачественными и метастатическими опухолями длинных трубчатых костей : автореф. дис ... д-ра мед. наук. М., 2000. 31 с.
4. Нейштадт Э. Л., Маркочев А. Б. Опухоли и опухолеподобные заболевания костей. СПб. : Фолиант, 2007. С. 51-89.

Рукопись поступила 30.07.12.

Сведения об авторах:

1. Каминский Андрей Владимирович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 8, к. м. н.
2. Чегуров Олег Константинович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, заведующий лабораторией реконструктивного эндопротезирования и артроскопии, д. м. н.
3. Максимов Александр Леонидович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, аспирант.
4. Ефимов Дмитрий Николаевич – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, аспирант.
5. Рева Максим Анатольевич – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, аспирант.