

Е.А. ШЛЯХТУНОВ¹, Н.Г. ЛУД¹, И.И. ФЕДОРЕНКО², О.Н. ВАЛЬШОНОК²**ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМА ТРЕТЬЕЙ ПЯСТНОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТКИ
С ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЕДЕМОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ**

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»²,
Республика Беларусь

В статье представлен клинический случай лечения остеобластокластомы третьей пястной кости левой кисти у пациентки, перенесшей специальное лечение по поводу рака молочной железы. Особенностью данного случая является то, что, ввиду развившейся вторичной лимфедемы верхней конечности на стороне оперативного вмешательства, опухоль кисти долгое время оставалась незамеченной. Пациентке выполнено хирургическое лечение остеобластокластомы третьей пястной кости. Произведено выскабливание опухоли и пластическое замещение дефекта костным трансплантатом из бугристости большеберцовой кости. Через год после операции при рентгенологическом контроле отмечено полное срастание костных трансплантатов и целостность замыкательных пластинок. Через три года признаков рецидива опухоли кисти не отмечено. Способ лечения доброкачественных опухолей костей, включающий выскабливание и замещение дефекта аутокостью, является одним из оптимальных методов лечения доброкачественных опухолей коротких трубчатых костей кисти. Наиболее приемлемой донорской зоной для забора костного трансплантата является бугристость большеберцовой кости, так как в данном участке имеет место оптимальное сочетание кортикального и губчатого вещества кости, обеспечивающих полноценное восстановление пострезекционного дефекта коротких трубчатых пястных костей кисти и фаланг пальцев.

Ключевые слова: остеобластокластома, рак молочной железы, лимфедема

A clinical case of osteoblastoclastoma treatment of the third carpal bone of the left hand in the patient undergone a special treatment of breast cancer is presented in the article. The tumor of the hand undetected for a long period caused by the developed secondary lymphedema of the upper limb on the side of the operative intervention is considered as the peculiarity of this case. The patient has undergone the surgical treatment of osteoblastoclastoma of the third carpal bone. Tumor scraping and defect plastic replacement with a bone transplant from the eminence of the tibial bone were performed. One year after operation at the radiological control the complete accretion of bone transplants and integrity of locked plates were registered. Three years afterwards no signs of the tumor recurrence were found out. The treatment method of bone benign tumors including scraping and defect replacement by an autotransplants is considered as one of the optimal treatment ones of benign tumors of hand short tubular bones. The most acceptable donor zone for the bone transplant intake is considered to be an eminence of the tibial bone as an optimal combination of the cortical and cancellous bone substance occurs in this site, providing a complete restoration of the post-resection defect of short tubular mesopodial bones of the hand and phalanges of fingers.

Keywords: osteoblastoclastoma, breast cancer, lymphedema

Novosti Khirurgii. 2013 Mar-Apr; Vol 21 (2): 105-110

Osteoblastoclastoma of the third carpal bone in the patient with the secondary lymphedema of the upper limb

E.A. Shlyakhtunov, N.G. Lud, I.I. Fedorenko, O.N. Valshonok

Введение

Доброкачественные опухоли коротких трубчатых костей встречаются довольно редко [1, 2]. Однако появление образования на кисти у пациентов редко остается незамеченным. Появление припухлости, выпячивания, ограничение движений и др. сразу заставляют обратить внимание.

Остеобластокластома — это ограниченная опухоль различного размера, нередко бугристая, состоящая из нескольких узлов, напряженная, слегка болезненная, иногда крепитирующая, покрытая неизменной кожей, расположенная вблизи сустава [1]. Клинически это новообразование проявляется увеличением какого-либо сегмента кости, что хорошо

заметно невооруженным глазом по характерной деформации пораженной области. Однако ввиду наличия каких-либо физиологических или патологических процессов в области локализации остеобластокластомы, таких, например, как избыточно развитая подкожно-жировая клетчатка, отек мягких тканей и др., данная опухоль может долгое время оставаться незамеченной [2]. Особенностью локализации данного образования в коротких трубчатых костях кисти, является то, что, несмотря на относительно небольшой размер опухоли, она приводит к разрушению практически всей кости. Поэтому, чем раньше диагностирована данная опухоль, тем шансы на излечение без грубых анатомических и функциональных изменений выше.

Клинический случай

Описание клинического случая представляется с согласия пациентки.

Пациентка 1969 года рождения обратилась в УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер» в сентябре 2009 г. с жалобами на отек левой верхней конечности.

Анамнез. В 2003–2004 гг. пациентка получила специальное лечение по поводу II стадии рака молочной железы (pT2N0M0). Женщине была проведена предоперационная лучевая терапия на молочную железу разовой очаговой дозой (РОД) 4 Гр и суммарной очаговой дозой (СОД) 20 Гр и локально на опухоль РОД 2 Гр, СОД 10 Гр. После этого выполнена операция – радикальная резекция левой молочной железы с перемещением сосково-ареолярного комплекса, с последующие послеоперационной лучевой терапией на оставшуюся часть молочной железы (ложе опухоли) и зоны регионарного метастазирования РОД 2 Гр, СОД 20 Гр. Комбинированное лечение было дополнено адьювантной полихимиотерапией по схеме CMF (циклофосамид, метотрексат, 5-фторурацил) – 6 курсов. В течение последующего года наблюдалось в онкодиспансере, после чего на контрольные осмотры не являлась.

Со слов пациентки, впервые отек кисти появился спустя 2 года после оперативного вмешательства. В течение полугода отек носил преходящий характер, а затем стабилизировался. В последнее время отек увеличился, появилась «припухлость» предплечья, кисть стала твердой.

Клиническое обследование. При осмотре обращала на себя внимание отечность левой верхней конечности, особенно выраженная в области кисти и нижней трети предплечья.

При пальпации мягких тканей верхней конечности отмечалось следующие: кожа конечности была холодной, пульс на артериях прощупывался достаточного наполнения и удовлетворительных свойств, поверхностные венозные сосуды не расширены, при надавливании на кожу с подлежащими тканями пальцем оставалась вмятина. При измерении длин окружностей и расчета объемов здоровой и отечной конечностей по формуле В. О'Brien et al. [3], а также расчета избыточного объема отечной конечности отек был отнесен ко второй степени (увеличение избыточного объема отечной конечности 25–50% объема здоровой). Состояние мягких тканей соответствовало стадии мягкого отека.

При осмотре кисти левой верхней конеч-

ности отмечалась выраженная отечность тыла кисти, при пальпации данной области обращала на себя внимание «дервянистая» плотность тыла кисти (рис. 1).

Пациентке был выставлен **диагноз:** рак левой молочной железы pT2N0M0 ПА стадия, узловая форма, верхненаружный квадрант, состояние после комплексного органосохраняющего лечения, клиническая группа III. Вторичная лимфедема верхней конечности II степени, стадия мягкого отека.

Женщина обследована в стационаре в соответствии с алгоритмами диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями [4]. Целью данного обследования было исключение злокачественного происхождения лимфедемы верхней конечности. В дополнении к обязательному перечню инструментального обследования было выполнено ультразвуковое исследование сосудов и мягких тканей верхних конечностей, рентгенография левой кисти в 2-х проекциях.

При обследовании данных за прогрессирование опухолевого процесса не было получено. При доплерографии артериальных сосудов верхних конечностей имело место ускорение скоростных показателей артериального кровотока, регистрируемое на подмышечной и плечевой артериях отечной конечности. Признаков нарушения венозного оттока не отмечалось, однако имело место утолщение стенки подмышечной вены, что может свидетельствовать о флебите последней. При исследовании мягких тканей было установлено увеличение эхогенности ультразвукового сигнала, по сравнению с тканями здоровой конечности. Граница между кожей и подкожной клетчатой в области нижней трети предплечья плохо дифференцировалась. Фасция и мышца хорошо различались. Подвижность тканей была сохранена. Жидкости в полости локтевого сустава не было. После снятия датчика с поверхности



Рис. 1. Отек тыла кисти при вторичной лимфедеме верхней конечности пациентки.



Рис. 2. Опухоль третьей пястной кости левой кисти. А – прямая проекция, Б – боковая проекция

кожи оставалась хорошо видимая глубокая ямка. Кроме качественных изменений наблюдалось увеличение толщины исследуемых тканей отечной конечности в области кисти, нижней трети предплечья превышающее в среднем 35% толщины аналогичных тканей здоровой конечности.

При рентгенологическом исследовании левой кисти была выявлена опухоль третьей пястной кости, раздувающая кость в виде многокамерного образования, занимающего весь диафиз и метафизы, суставные поверхности были сохранены (рис. 2).

Заключение рентгенолога: остеобласто-кlastома третьей пястной кости левой кисти. Важно обратить внимание на отечность мягких тканей кисти особенно хорошо видимой на боковой проекции (рис. 2 б).

Пациент запланировано и выполнено оперативное вмешательство: удаление опухоли третьей пястной кости левой кисти. Пластика дефекта костным трансплантатом из большеберцовой кости.

Операция. Разрез кожи и подкожной клетчатки на тыле кисти произведен по проекции третьей пястной кости с опухолью. Сухожилие разгибателей отодвинуто латерально, взято на держалку. Визуализирована и выделена опухоль кости. Опухолевый «мешок» вскрыт, из которого выделилось слизисто-геморрагическое содержимое серо-геморрагического цвета. Материал взят для гистологического исследования. Костная полость тщательно выскаблена ложечкой Фолькмана в проксимальном и дистальном направлениях, активно промыта, затампонирована марлевой турундой. Через разрез кожи правой большеберцовой кости с

помощью костного трепана №10 из бугристости большеберцовой кости в трех различных направлениях взято три костных трансплантата до 2 см длиной. Костные трансплантаты уложены в костную полость (дефект) третьей пястной кости в продольном направлении. «Опухолевый мешок» обжат при помощи наложения рассасывающихся швов между соседними червеобразными мышцами кисти. Кожная рана на кисти ушита, дренирована перчаточной резиновой полоской. Наложена гипсовая лангета для иммобилизации. Дренаж удален на 2-е сутки после операции.

Для контроля образованного дефекта бугристости большеберцовой кости на 3-е сутки выполнена рентгенография данного участка в двух проекциях (рис. 3).

Гистологическое заключение: остеобласто-кlastома.

Пациентка выписана из стационара на 7-е сутки.

Рис. 3. Послеоперационный дефект левой большеберцовой кости после взятия костных трансплантатов. А – прямая проекция, Б – боковая проекция





Рис. 4. Контрольная рентгенография левой кисти пациентки через 1 месяц после оперативного вмешательства (через гипс). Неполное сращение костных трансплантатов

Контрольная рентгенография кисти выполнена через месяц после оперативного вмешательства. При исследовании признаков рецидива опухоли обнаружено не было. Констатировано неполное сращение костных трансплантатов (рис. 4). Пациентке рекомендовано продление гипсовой иммобилизации в течение 2-го месяца.

Повторный рентгенологический контроль выполнен через 2 месяца после оперативного лечения. Констатировано сращение костных трансплантатов с полным замещением костного дефекта третьей пястной кости (рис. 5).

Гипсовая лангета снята. Пациентке рекомендовано явиться через 3 месяца для реабилитационного лечения вторичной лимфедемы верхней конечности.

Контрольная рентгенография кисти выполнена через 1 год. Констатировано сращение костных структур, целостность замыкательных пластинок (рис. 6).

Через три года после операции при контрольном обследовании данных за прогрессирование основного заболевания не получено. При сцинтиграфии костей скелета участков гиперфиксации радиофармпрепарата не отмечается. От контрольной рентгенограммы кисти пациентка отказалась.

Обсуждение

Остеобластокластома (греч. *osteon* + *blastos* росток + *klastos* разбитый + *-oma*; син.: гигантоклеточная опухоль кости, гигантома, остеокластома) — термин предложил советский патологоанатом и судебный медик Арсений



Рис. 5. Контрольная рентгенография левой кисти пациентки через 2 месяца после оперативного вмешательства (через гипс). Полное сращение костных трансплантатов с замещением костного дефекта

Васильевич Русаков (1885–1953) [1]. Обозначает солитарную остеогенную опухоль, характеризующуюся наличием гигантских многоядерных клеток типа остеокластов; в других странах большее распространение получил термин «гигантоклеточная опухоль». Первое подробное описание этой опухоли принадлежит Nelaton (1860) [1]. На протяжении многих лет учение о ней претерпело значительные изменения. Во второй половине XIX века остеобластокластома (гигантоклеточная опухоль) была включена в группу фиброзных остео-

Рис. 6. Контрольная рентгенография левой кисти пациентки через 1 год после оперативного вмешательства



ной пластинки большеберцовой и гребня подвздошной костей [4, 5, 8, 10].

Заключение

Таким образом, особенность данного клинического случая заключается в том, что на фоне вторичной лимфедемы верхней конечности, развившейся в результате специального лечения рака молочной железы, опухоль III пястной кости левой кисти больших размеров, деформирующая конечность оставалась незамеченной пациенткой вследствие отека кисти. Предложенный вариант хирургического лечения остеобластомы коротких трубчатых костей кисти с использованием аутотрансплантата из бугристости большеберцовой кости с гипсовой иммобилизацией является альтернативным вариантом костной пластики, и целесообразным при отсутствии банка свободных реплантатов, ограничении возможностей несвободной костной пластики по Г.А. Илизарову (отсутствии или коротком отломке, подлежащем удлинению, невозможности динамического наблюдения пациента в процессе перемещения фрагментов и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Усольцева Е. В. Хирургия заболеваний и повреждений кисти / Е. В. Усольцева, К. И. Машкара. – Ленинград : Медицина, 1978. – 336 с.
2. Biscaglia R. Giant cell tumor of the bones of the hand and foot / R. Biscaglia, P. Vacchini, F. Bertoni // *Cancer*. – 2000 – Vol. 88, N 9. – P. 2022–2032.
3. O'Brien B. Microlymphaticovenous and resectional surgery in obstructive lymphedema / B. O'Brien, B. Shatiraff // *Wold J Surg*. – 1979. – Vol. 3, N 1. – P.

Шляхтунов Е.А., к.м.н., ассистент кафедры онкологии с курсами ЛД, ЛТ, ФПК и ПК УО «Витебский государственный медицинский университет». Луд Н.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсами ЛД, ЛТ, ФПК и ПК УО «Витебский государственный медицинский университет».

3–15, 121–123.

4. Алгоритмы диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями / под ред. И.В. Залуцкого, Э.А. Жаврида. – Минск, 2007. – 509 с.
5. Клиническая онкология : справ. пособие / под ред. С. З. Фрадкина, И. В Залуцкого. – Минск, 2003. – 784 с.
6. Михайлов М. К. Дифференциальная рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов : учеб. пособие / М. К. Михайлов, Г. И. Володина, Е. К. Ларюкова. – Изд-во : Каз. гос. ин-т усовершенствования врачей, 1985. – 66 с.
7. Куфтырев Л. М. Аутопластика пострезекционных дефектов трубчатых костей кисти при лечении доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний с использованием чрескостного остеосинтеза / Л. М. Куфтырев // *Гений ортопедии*. – 2004. – № 2. – С. 20–25 .
8. Дейкало В. П. Хирургия кисти: история, современные достижения, проблемы и перспективы развития / В. П. Дейкало, А. Н. Толстик // *Новости хирургии*. – 2006. – Т. 14, № 4. – С. 26–36.
9. Athanasian E. A. Giant cell tumors of the bones of the hand / E. A. Athanasian, L. E. Wold, P. C. Amadio // *J Hand Surg Am*. – 1997. – Vol. 22, N 4. – P. 91–98.
10. Allograft replacement in giant cell tumour of the hand / A. Patradul [et al.] // *Hand Surg*. – 2001. – Vol. 6, N 1. – P. 59–65.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр-т Фрунзе, д. 27,
УО «Витебский государственный ордена
медицинский университет»,
кафедра онкологии
с курсами ЛД, ЛТ, ФПК и ПК,
тел. раб. +375 212 22-64-16,
e-mail: Evgenij-shlyakhtunov@yandex.ru,
Шляхтунов Евгений Александрович

Сведения об авторах

Федоренко И.И., заведующий отделением общей онкологии УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер».
Вальшонок О.Н., заведующая рентгенологическим отделением УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер».

Поступила 17.10.2012 г.