

стінки кишки біля основи пухлини, її швидкий ріст за порівняно короткий проміжок часу; велика та нерівномірною щільністю окремих ділянок чи всього новоутворення, яка визначається тільки під час

подвійного контрастування; більш значна бугристість; зникнення на якій-небудь ділянці комірковості рисунка; фіксація враженої ділянки кишки.

А.Я.Кіницька, м. Хмельницький

2. ОСТЕОХОНДРОМА ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЇ КОСТИ С ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕМ

История болезни и результаты проведенных исследований

Больная М., 23 года, обратилась в поликлинику с жалобами на наличие в правой подвздошной кости плотного, больших размеров, резко болезненного нароста с покраснением кожи над ним. Других жалоб нет. При сборе анамнеза выяснилось, что три года назад, в проекции правой подвздошной кости, появилось прощупываемое безболезненное уплотнение, которое медленно разрасталось и за истекший период увеличилось приблизительно в 5-6 раз. В других отделах скелета дополнительных разрастаний не отмечает. Ни у кого из ближайших родственников подобных изменений нет.

Месяц тому появились сильные боли в правой половине таза, усиливающиеся при нагрузке, и стал отмечаться быстрый рост вышеуказанного нароста. При осмотре определяется деформация правой подвздошной кости, за счет плотного, бугристого разрастания с покраснением кожи над ним, резко болезненного при пальпации. Лабораторные исследования не дали отклонений от нормы. На рентгенограмме костей таза отмечается замена нормальной костной структуры правой подвздошной кости большим, до 13-15 см в диаметре, костно-хрящевым конгломератом, неомогенной структуры, в виде костных островков, веерообразных пучков и перегородок.

По нижнему контуру патологического образования кортикальный слой не определяется. Основание тазовой кости, правый тазобедренный и правый крестцово-подвздошный суставы не изменены. При обследовании других отделов скелета нигде не обнаружено дополнительных костных разрастаний. Со стороны органов грудной клетки изменений не выявлено. После проведенных исследований был поставлен диагноз: Остеохондрома правой подвздошной кости с признаками малигнизации. Больная направлена в областную онкологический диспансер для решения вопроса о дальнейшем лечении.

Из областного онкологического диспансера больную направили на оперативное лечение в Киевский национальный институт рака, где после дообследования и получения результатов биопсии поставлен диагноз: Малигнизация остеохондромы, переход в хондросаркому. Больной была проведена операция: Резекция крыла правой подвздошной кости с опухолью (гемипельвэктомия I типа). Послеоперационный период протекал благоприятно и больную направили под наблюдение онколога по месту жительства. В настоящее время пациентка передвигается с помощью костылей. После операции прошло полгода.

Литературная справка

Остеохондрома — это костно-хрящевая опухоль, которая развивается в костях хрящевого происхождения и лишь мало отличается от остеомы; она, кроме костной ткани, содержит еще и хрящевую ткань, покрывающую поверхность опухоли в виде шляпки. Из-



Рис. 1. Рентгенограмма костей таза. Справа — полное замещение структуры подвздошной кости на костно-хрящевые разрастания с неровным, нечетким нижним контуром



Рис. 2. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава (остеохондрома)

любленная локализация — проксимальные метафизы длинных костей (чаще всего это проксимальные отделы бедренной и плечевой костей, реже предплечье и голень), плоские кости (таз, лопатка), изредка позвонки (дужки или отростки, но никогда не растет из тела позвонка) и иногда даже основание черепа (затылочная кость).

Чаще эта опухоль возникает у людей молодого и зрелого возраста. Растет остеохондрома медленно, иногда десятки лет, и продолжает расти и после прекращения роста пациента. Может достигать значительного веса (до 2-5 кг преимущественно при расположении в области таза или в области грудных позвонков). Согласно терминологии ВОЗ, остеохондро-



Рис. 3. Рентгенограма правої половини тазу після проведеного оперативного лікування

ма належить до кістно-хрящових екзостозів, однак клініко-рентгенологічні дані дають підставу для розмежування, так як екзостози цілеспрямовано розглядати як порушення розвитку, а остеохондрома належить до доброкачественних пухлин.

На рентгенограмах і КТ добре видно кістяк, а зображення хрящової верхівки залежить від ступеня її обызвествлення і окостеніння. Кістяк належить до поверхневої кістки. Структура її є безпосереднім продовженням губчастої структури материнської кістки. Кірковий шар кістки переходить в кірковий шар ножки. Хрящова верхівка, при відсутності обызвествлень і окостеніння, рентгенологічно не відрізняється від оточуючих м'яких тканин, і тому точні розміри її визначають за допомогою УЗД. По мірі окостеніння від кістяк ножки, в бік хряща, радіально розходяться грубі кістяк тяги, між якими з'являються крупинчасті і крупногубчасті обызвествлення. Окостеніння і обызвествлення хрящової верхівки надають їй характерний вигляд «квіткової капусти».

Остеохондроми мають високий потенціал озлокачествлення. Малигнізація може статися не тільки через роки і десятиліття, але й через десятиліття після спокійного стану пухли. Клінічно з'являється біль, який поступово посилюється і стає нестерпимим. Пухоль швидко збільшується. Лучеві ознаки злокачественного переходу: прискорений ріст самої пухли, швидке збільшення масивних обызвествлень хрящової верхівки остеохондроми, порушення цілості корко-

вого речовини кістяк ножки і материнської кістки, з'явлення периостозів. Застосування КТ, МРТ, УЗД дозволяє визначити розміри і особливості зростання (експансивний або інфільтративний), а також стан м'якотканого компонента пухли.

Остеохондрому необхідно диференціювати з остеомою і екзостозною дисплазією. Внаслідок губчастої структури окостеніла остеохондрома може нагадувати остеому. Однак остеома виникає переважно в кістяк мембранозного, а остеохондрома — хрящового походження. Структура остеоми однорідна, а остеохондрома містить включення кістки і хрящову тканину. Зовнішній контур остеоми гладкий, рівний, а остеохондроми — хвилястий. Розпізнавання має принципове значення, тому що після паліативного хірургічного видалення остеом не малигнізується і, зазвичай, не рецидивує. Остеохондрому потрібно видалити радикально — з резекцією підлеглої кістки, так як нерадикальне видалення може привести до рецидиву, а також до малигнізації пухли.

Кістно-хрящові екзостози на відміну від остеохондроми виникають в дитинстві і характеризуються з'явленням багатьох образів. Вони обумовлені порушенням розвитку. Одиночний кістно-хрящовий екзостоз відрізняється від остеохондроми більшою ніжкою і напрямком зростання. Ножка остеохондроми розташована перпендикулярно до поверхні кістки, а кістно-хрящовий екзостоз — під гострим кутом до неї. Зростання кістно-хрящових екзостозів припиняється після закінчення зростання пацієнта. Більші складності виникають при рідко зустрічаних багатьох екзостозах. Від гігантської пухли остеохондрома, розташована в епіфізарному кінці довгої трубчастої кістки, відрізняється тим, що остеохондрома росте не в напрямку до суглобової щіли, а в протилежну сторону і має на відміну від гігантської пухли дрібногубчасту поверхню, крупинчастий, п'ятнистий, а не ячеїстий малюнок.

Лікування: згідно з думкою С.А. Рейнберга, найбільш важливим практичним толчком до зміни характеру зростання доброкачественного на злокачественний частіше за все є технічно неповноцінна, недостатньо радикальна хірургічна операція. Тому цілеспрямовано своєчасно радикально, з резекцією підлеглої кістки, видалити технічно доступну пухоль і не допустити положення, коли пухоль великих або величезних розмірів, вже в силу цього, не може бути оперирована без великого ризику. Ні одна пухоль скелета не здатна досягти таких, по-істині гігантських розмірів, як остеохондрома. Тому більшість з остеохондроми підлягає оперативному ліченню.

М.І. Дьолог, г. Тячев
Закарпатська обл.