

Литература

1. Женчевский Р.А. Гигантская ложная киста надпочечника // Вестник хирургии. – 1982. – Т.128, №4. – С.81-82.
2. Калинин А.П., Майстренко Н.А. Хирургия надпочечников // М.: Медицина. – 2000. – 215 с.
3. Торгунаков А.П. К вопросу о синдроме псевдофеохромоцитомы // Клиническая медицина. – 1978. – №1. – С.135-136.
4. Incze J.S., Lui P.S., Merriam J.C. et al. Morphology and pathogenesis of adrenal cysts // Am. J. Pathol. – 1979. – N.95. – P.423-432.

© ШЕВЧЕНКО В.В. –
УДК 617.576-006.35

ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ СИНОВИОМА СУХОЖИЛЬНОГО ВЛАГАЛИЩА СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

В.В. Шевченко.

(Ярцевская ЦРБ Смоленской обл., гл. врач – А.М. Прохорснков)

Резюме. Рассматривается в статье наблюдение рецидивного течения гигантоклеточной синовиомы.

Среди опухолей и опухолеподобных образований кисти одно из первых мест (45,2%) занимают опухоли из соединительной ткани [5], в числе которых не последнее место занимают синовиомы – опухоли, возникающие из синовиальных оболочек суставов, слизистых сумок, сухожильных влагалищ. Впервые этот термин предложила 1929 г. Smith.

Чаще всего среди новообразований синовиальной ткани встречаются доброкачественные синовиомы, описываемые также под названием гигантоклеточных опухолей суставов и сухожильных влагалищ, доброкачественных синовиом, гигантоклеточных ксантомных опухолей. Злокачественные опухоли синовиальных оболочек суставов, бурс, сухожильных влагалищ называются злокачественными синовиомами или синовиальными саркомами. Последний термин был предложен Berger в 1938 г.

Первое сообщение об опухолях сухожильных влагалищ пальцев кисти было сделано в 1852 г. Chassaignac. Broca в 1860 г. подробно описал это заболевание и назвал его “миеломой”. В 1927 г. Mason и Woolston предложили новое название “гигантоклеточные ксантомные опухоли”. В 1951 г. Wright сообщил, что все ранее применявшиеся термины неудачны, и предложил новый – “доброкачественные гигантоклеточные синовиомы”, подчеркнув тем самым их происхождение из синовиальных оболочек.

Гигантоклеточные опухоли (ГКО) сухожильных влагалищ являются одной из наиболее часто встречаемых доброкачественных опухолей синовиальной ткани и вместе с ганглием составляют подавляющее большинство подкожных образований кисти и стопы [5].

Располагаются ГКО обычно в тех местах, где есть синовиальная оболочка. На пальцах они растут из сухожильных влагалищ или синовиальной оболочки межфаланговых суставов, поэтому при их удалении нередко вскрывается полость сустава [7].

Опухоли обычно имеют вид одиночного округлого или овального узла с бугристой поверхностью, они умеренно плотны, хорошо отграничены. Доброкачественные синовиомы, расположенные вблизи крупных суставов, нередко носят инфильтративный характер и лишены четких границ. На разрезе новообразование может иметь различный цвет от серовато-желтого до желтовато-коричневого и даже красновато-коричневого. Различные участки одной и той же опухоли могут иметь разную окраску. Желтый цвет зависит от содержания жира, а коричневые оттенки обусловлены наличием гемосидерина.

ГКО редко достигают значительных размеров. На пальцах они обычно имеют диаметр от нескольких миллиметров до 2-3 см. Иногда имеется несколько узлов, соединенных фиброзной капсулой. Реже рядом с основным узлом располагаются небольшие узелки.

Хотя опухоль имеет четкие границы, можно обнаружить проникновение ее в прилежащие ткани (сухожильное влагалище или капсулу сустава), изредка наблюдается связь с кожей. Опухоль может как муфтой окутывать сухожилие.

Микроскопически основными элементами являются округлые, овальные, вытянутые и полиэдральные клетки, располагающиеся тяжами или в виде альвеол. Клеточные тяжи и альвеолы разделены пучками коллагеновых, иногда гиалинизированных волокон. Другим обязательным клеточным элементом опухоли являются гигантские многоядерные клетки [1].

В ГКО нередко участки ксантоматоза. Обычно эти опухоли содержат некоторое количество гемосидерина, расположенного главным образом внутриклеточно.

Рецидивные опухоли имеют такое же строение, как и первичные [6].

Дифференцировать доброкачественную синовиому необходимо с синовиальной саркомой: макроскопически синовиальная саркома имеет вид четко ограниченного, как бы инкапсулиро-

ванного узла с бугристой поверхностью, реже - диффузного инфильтрата, лишенного четких границ. Псевдокапсула, образованная уплотненными окружающими тканями, может служить поводом для ошибочного суждения о доброкачественности процесса. Нередко опухоль располагается вблизи сустава или по соседству со слизистой сумкой или сухожильным влагалищем, с которым может быть связана на том или ином протяжении. Внедрение синовиальных сарком в полость сустава наблюдается редко. Твердость опухоли прямо пропорциональна количеству фибросаркоматозной ткани по сравнению с эпителиоидными элементами [8]. Консистенция зависит также от обширности кровоизлияний, некрозов, наличия или отсутствия участков кальцификации. Если опухоль вырастает из синовиальной оболочки кисти или стопы, она может окутывать соответствующее сухожилие, распространяясь вдоль него. Синовиальные саркомы, располагаясь вблизи кости, могут внедряться в нее. На разрезе ткань опухоли розовато-серого цвета, содержит участки кровоизлияний, в некоторых случаях - участки кальцинированной ткани. В толще опухоли могут отмечаться небольшие щели и напоминающие кисты пространства, содержащие вязкую нежно-желтого цвета жидкость, похожую на синовиальную. Для цитологической картины синовиальных сарком характерным является наличие соединительнотканых клеток, которые имеют вытянутую или овальную форму и располагаются ветвящимися скоплениями, мелкими тканевыми образованиями, разрозненно. Ядра клеток крупные, преимущественно овальной формы, встречаются также вытянутые, типа ядер эпителиоидных клеток и веретенообразные. Распределение хроматина в ядрах равномерное, хроматин нежный, с просматривающимися (не всегда) единичными голубоватыми нуклеолами. Цитоплазма клеток чаще едва различима, преимущественно слабобазофильная. Розовато-фиолетовое промежуточное вещество располагается в клеточных скоплениях или между ними. Характерным для доброкачественной гигантоклеточной синовиомы в цитологических препаратах является наличие небольшого количества клеток типа фибробластов, остеобластов и остеокластов. Большую помощь в постановке диагноза доброкачественной гигантоклеточной синовиомы оказывает рентгенологическое исследование, указывающее на то, что опухоль является доброкачественной и не связана с костью, что очень важно для дифференциальной ее диагностики с остеобластокластомой [2].

Основной жалобой является наличие медленно растущей, безболезненной опухоли, редко вызывающей какие-либо неудобства, нередко появление опухоли больные связывают с перенесенной травмой. Медленно растущий, плотный, безболезненный, с бугристой поверхностью узел (реже - несколько узлов), не спаянный с кожей и ограниченно смещаемый по отношению к подлежащим тканям, расположенный по ходу сухожильных

влагалищ, весьма подозрителен на гигантоклеточную опухоль.

Лечение - иссечение опухолевого узла. Рецидив от 12-16% [6] до 39% [5] и 44% [7]. Интервал между операцией и появлением рецидива от нескольких дней [7] до 2-4 и даже 10 лет [3].

Иллюстрацией рецидивного течения гигантоклеточной синовиомы является следующее наблюдение: больной К., 40 лет, электромонтер, обратился 24.03.99 г. с жалобами на наличие опухолевидного безболезненного образования на основной фаланге III-го пальца левой кисти. Образование появилось около 6-ти месяцев назад, травму большой исключал. При осмотре отмечалось утолщение мягких тканей основной фаланги на 1,5 см по сравнению с аналогичной справа, пальпировались гладкие плотнотканые образования, расположенные по ладонной поверхности фаланги, размером 1х2 см и 1х1,5 см, не спаянные с подлежащими тканями. Отмечалось незначительное ограничение сгибания в проксимальном межфаланговом суставе. Осмотрен онкологом поликлиники, выставлен диагноз "гигрома сухожильного влагалища сгибателей III-го пальца". 29.03.99 г. под местной анестезией р-ром новокаина 1% - 10,0 по Е.В. Усольцевой произведено удаление опухоли, состоящей из гладких упругоэластичных округлых узлов, размером 1х1х1 см, 1х1,5х2 см, 1х0,5х0,5 см и 0,5х1х0,5 см, серовато-желтого цвета, расположенных по обеим сторонам сухожилий сгибателей пальца. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистологическое исследование опухоли (препараты №№ 2804-2814): образование построено из веретенообразных клеток типа фибробластов, крупных клеток со светлой цитоплазмой, участками выстилающих щели; среди них - многоядерные гигантские клетки. Заключение: доброкачественная гигантоклеточная синовиома.

При контрольном осмотре больного через 6 месяцев обратило внимание на себя утолщение мягких тканей всего пальца. Пальпаторно определялись безболезненные мелкие округлые плотнотканые узелки от 0,5х0,5 см до 1х0,5 см. Послеоперационный рубец без признаков воспаления. На рентгенограмме костных изменений не выявлено. Со слов больного, утолщение пальца появилось через 5 месяцев после операции. Выставлен диагноз: "рецидив гигантоклеточной синовиомы" и 26.10.99 г. повторно выполнена операция: иссечение опухоли. При ревизии обнаружено, что округлые, мелкие (от 0,2х0,3 см до 1х0,5 см) узелки желтовато-бурого цвета располагаются в виде гроздьев вдоль сухожилия глубокого сгибателя пальца от ногтевой фаланги до пястно-фалангового сустава. Произведено тщательное удаление образований, промывание ран пульсирующей струей антисептика с последующим вакуумированием и обработкой спиртом. Послеоперационный период также протекал гладко.

Гистологическое исследование (препараты №№ 9526-9533): под соединительнотканной капсулой располагаются тяжи из веретенообразных клеток, заключенные в пучки коллагеновых волокон. Округлые клетки со светлым ядром располагаются рыхлыми скоплениями. Определяется множество щелевидных пространств, выстланных вытянутыми клетками и гигантскими многоядерными клетками. Внеклеточно - зерна гемосидерина. Заключение: доброкачественная гигантоклеточная синовиома влагалища сгибателя III-го пальца левой кисти. Диагноз подтвержден в Смоленском областном онкологическом диспансере.

При контрольном осмотре через 18 месяцев признаков рецидива не отмечено, больной работает по специальности. Дальнейшее наблюдение за ним будет продолжено.

Метастазы при гигантоклеточных опухолях сухожильных влагалищ не описаны. Но имеется описание малигнизации гигантоклеточной опухоли сухожильных влагалищ I пальца кисти [4].

Учитывая своеобразие клинического проявления ГКО сухожильного влагалища кисти и исходя из анализа литературных источников, данный вид опухоли должен подвергаться активному хирургическому лечению с последующим длительным наблюдением больных с периодичностью осмотра не реже двух раз в году.

GIGANTOCELLULAR SYNOVIOMA OF VAGINAL TENDONS OF HAND FINGER BENDERS

V.V. Shevchenko

(Central Republican Hospital)

The recurrent course of gigantocellular synovioma is described in the article.

Литература

1. Виноградова Т.П. Многотомное руководство по патологической анатомии. – М., Т.VI. – С.344-357.
2. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека (руководство под ред. Н.Л. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова). – М.: "Медицина", – 1993. – Т.1. – С.181-182.
3. Раков А.И., Чехарина Е.А. Злокачественные опухоли мягких тканей конечностей и туловища. – Л.: "Медицина". – 1968. – С.169-186.
4. Тюреева Е.И., Колосов А.Е., Кочнев В.А., Загольская В.Н. Редкое наблюдение малигнизации гигантоклеточной опухоли сухожильных влагалищ кисти. – Вестн. хир. – 1994. – №1-2. – С.57-58.
5. Усольцева Е.В., Машкара К.И. Хирургия заболеваний и повреждений кисти. – Л.: "Медицина". – 1988. – С.163-178.
6. Galloway J.D., Broders A.C., Chormley R.K. Arch. Surg., 1940. – N.3. – P.485-538.
7. Wright C.J., Brit. J. Surg., 1951. – Vol.38. – N.151. – P.257-271.
8. Vincent R.G., Ann. Surg., 1960. – Vol.152. – N.5. – P.777-788.

© ЖИТНИЦКИЙ Р.Е., ГОРБУНОВ А.К., ЯЩЕНКО А.Л. –
УДК 616.833.6-009.7-07-08

КОКЦИГОДИНИЯ – ТУННЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ n. Pudendus: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Р.Е. Житницкий, А.К. Горбунов, А.Л. Яценко.

(Иркутская областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Приводятся данные, свидетельствующие о том, что кокцигодия, которая по мнению большинства авторов связана с травмой, лишь в небольшой части случаев имеет травматический генез, а чаще обусловлена формированием туннельного синдрома и является проявлением пудендонейропатии. Рассматривается методика диагностики. Приводятся данные об эффективности при этой патологии иглорефлексотерапии и мануальной терапии, как наименее травматичных методов лечения.

Кокцигодия – боли в области копчика, иррадиирующие в ягодицы, нижнюю часть крестца, в промежность и усиливающиеся в положении сидя, а также при вставании. Ряд авторов связывают кокцигдинию с травмой [1,7]. В связи с тем, что большинство больных с кокцигдинией до обращения к нам длительное время наблюдались у различных специалистов (гинеколога, проктолога, хирурга) без установленного диагноза, нами было предпринято исследование, направленное на выяснение этиопатогенеза болевого синдрома и поиск путей оптимизации терапии этой патологии.

За период с 1997 по 2000 годы наблюдались 27 больных кокцигдинией: женщин 25, мужчин – 2, в возрасте до 30 лет – 6, от 31 до 50 – 16, старше 50 – 5. Лишь у 8 больных в анамнезе имела место травма – падение на ягодицы, которая обуславливала острые боли в области копчика в течение 2-3 недель с последующим формированием

стойкого, типичного для кокцигдинии, болевого синдрома. У некоторых больных из этой группы кокцигодия развивалась после светлого (безболезненного) промежутка от нескольких недель до нескольких месяцев. Лишь у 3 из 27 обследованных на рентгенограммах определялась незначительная дислокация копчика кпереди, уменьшение угла крестцово-копчикового сочленения. У остальных – рентгенологические изменения не выявлены.

При пальцевом исследовании per rectum пальпация копчика и крестцово-копчикового сочленения была малоболезненна или совсем безболезненна. При более глубоком пальцевом исследовании определялась резкая болезненность в области spina ischiadica с одной из сторон, реже с обеих сторон. У большинства больных боли иррадиировали в нижние отделы ягодиц, дистальные отделы крестца, в промежность.