

Таблица 3
Улучшение периметрических индексов
через 3 месяц после лечения

Расширение границ поля зрения от точки фиксации	Начальная стадия	Развитая стадия	Далекозашедшая стадия
5–10°	9 – 20%	1 – 2,2%	-
10–20°	3 – 6,6%	-	-
свыше 20°	1 – 2,2%	-	-

Выводы:

На фоне лечения Мексипримом у пациентов основной группы достоверно улучшились зрительные функции и отмечено улучшение периметрических индексов, что свидетельствует о повышении функциональной активности сетчатки. Кроме того, больные отметили улучшение общего самочувствия, повышение работоспособности, улучшение памяти.

Глаукома – болезнь не излечимая, имеющая склонность к прогрессированию. И только правильно выбранная тактика лечения и наблюдения за больным позволяют рассчитывать на успех и длительное сохранение зрения.

Учитывая все выше изложенное, считаю целесообразным применять препарат Мексиприм в комплексном лечении глаукомы и проводить курсы профилактического лечения данным препаратом два раза в год на протяжении всей жизни пациента.

Brovkina I.A.

EXPERIENCE WITH THE DRUG «MEXIPRIM» IN PATIENTS WITH PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Consultative Diagnostic Clinic FGKU «1477 VMKG» the Defense Ministry, Vladivostok.

Keywords: primary open-angle glaucoma, Mexiprim, retinal perfusion, oxygenation of the retina.

Сведения об авторе:

Боровкина И.А., врач-офтальмолог консультативно-диагностической поликлиники ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ; г. Владивосток, ул. Громова, д. 2.

© Коллектив авторов, 2013 г.

УДК 616.24–006.6

Дорогая Т.Г. Каргиева Н.Г. Крымов А.А. Романов А. Н. Самадинский В.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ФИБРОЗНОЙ ГИСТИОЦИТОМЫ

Филиал № 1 ФГКУ «1477 ВМКГ» МО РФ, г. Фокино, Приморский край

Ключевые слова: злокачественная фиброзная гистиоцитома.

Вопросы диагностики и лечения злокачественных неэпителиальных опухолей легких по-прежнему остаются малоизученными, что объясняется крайней редкостью этой патологии. В общей структуре злокачественных опухолей легких мезенхимальные новообразования и гемобласты составляют 2,8 %.

Выделяют 4 гистологические разновидности ЗФГ: плеоморфную, миксоматозную, гиганто-

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аветисов С.Э., Егоров Е.А., Мошетьева Л.К., Нероева Б.В., Тахчиди Х.П. Офтальмология. Национальное руководство. М. : Гэотар-Медиа, 2008. 265 с.
2. Волков В.В. Простая глаукома. Этиопатогенез и диагностика. М. 2011. 214 с.
3. Долгова И.Г., Малешевская Т.Н. Исследование эффективности и безопасности применения препарата «Мексиприм» у пациентов с первичной открытоугольной глаукомой // Клиническая офтальмология, 2012. №1. С. 24-28.
4. Егоров Е.А. Национальное руководство по глаукоме (путеводитель) для поликлинических врачей. М. 2008. 218 с.
5. Курышева Н.И. Нейропротекторное лечение первичной открытоугольной глаукомы. М. 2010. 211 с.
6. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота и инвалидность по зрению в населении России. М., 2009. 248 с.
7. Мошетьева Л.К., Корецкая Ю.М. О тактике подхода к лечению больных глаукомой. // Клиническая офтальмология, 2005. №2. С. 18-24.
8. Нестерова А.П. Глаукома. М., 1995. 196 с.
9. Шмырева В.Ф., Мотовой Е.Н., Шершнева В.В. Глаукома. М. 1996. 228 с.

клеточную и воспалительную, на долю которых приходится 60, 25, 10 и 5%, соответственно. Что касается ангиоматозной разновидности ЗФГ, встречающейся исключительно у детей и имеющей благоприятный прогноз, в настоящее время она рассматривается как доброкачественная опухоль – ангиоматоидная фиброзная гистиоцитома.

Плеоморфная разновидность ЗФГ характеризуется диффузным скоплением беспорядочно расположенных клеток двух типов: веретенообразных клеток с признаками фибробластов и кубических эпителиоидных клеток, напоминающих гистиоциты. Для второй разновидности клеток характерно также наличие атипичных гигантских клеток, многоядерных, делящихся, с причудливыми, в том числе триполярными, фигурами митозов. Помимо множественных гиперхромных ядер эти клетки могут содержать в цитоплазме маленькие капли жира, придающие им пенистый вид. Строма опухоли обычно не выражена, заменена опухолевым компонентом. Однако при тщательном исследовании обнаруживаются расположенные между клетками нежные коллагеновые волокна, а также различное количество муцина. В ткани опухоли могут встречаться также лимфоциты, плазматические клетки, эозинофилы, нейтрофилы, эти клетки иногда скапливаются вокруг кровеносных сосудов.

Лечение ЗФГ состоит в хирургическом удалении опухоли с широким (2 см и более) захватом краев. Радикальная экцизия включает не менее 50% мышцы. Иногда проводится ампутация пораженной конечности. При использовании микрохирургической операции по Mohs частота местных рецидивов уменьшается до 10%. Адобвантная лучевая терапия, применяемая как до, так и после операции (64–66 Гр при наличии опухолевых клеток в крае и 60 Гр при их отсутствии) улучшает послеоперационный прогноз. Химиотерапия (доксорубин, циклофосфамид, винкристин) показана только при крупных опухолях конечностей. Лечение метастазов безуспешно. Лишь в нескольких случаях удаление изолированных метастазов привело к длительному выживанию больных. Не улучшает прогноз и использование химиотерапии.

Местные рецидивы ЗФГ после хирургического удаления отмечены в 26% случаях, причем у 8% больных они носят множественный характер. К развитию их предрасполагают присутствие злокачественных клеток в крае удаляемой опухоли и наличие рецидива в анамнезе. Местный рецидив развивается в среднем через 16 месяцев после операции, у 67% больных он отмечен в течение первых 2 лет, а у 95% – в течение 5 лет после операции.

Общий уровень метастазирования для ЗФГ составляет 32%. Тенденция к метастазированию не зависит от местного рецидива, но коррелирует с размером и гистологической разновидностью опухоли. Немиксоидные разновидности метастазируют в 40% случаев, тогда как миксоидная разновидность – в 15%. Немиксоидные разновидности диаметром более 5 см имеют больший мета-

статический потенциал, чем маленькие опухоли, и даже миксоидная разновидность ЗФГ размером более 10 см метастазирует чаще, чем соответствующая опухоль меньшего размера. К факторам, коррелирующим с частотой метастазирования, относят также степень воспаления в опухоли, глубину прорастания опухоли, вовлечение фасции или рост вдоль фасциальных пространств, наличие опухолевых клеток в операционном крае, рецидив в течение первого года после удаления и т.д. В среднем злокачественная фиброзная гистиоцинома метастазирует через 12–14 мес после установления диагноза, при этом 96% метастазов возникает в течение первых 5 лет. Чаще всего опухоль метастазирует в легкие (80% больных), реже – в лимфатические узлы, печень, кости, мягкие ткани и забрюшинное пространство.

Прогноз ЗФГ. К факторам, коррелирующим с низкой продолжительностью жизни, относят большие размеры опухоли, ее проксимальное расположение, немиксоидную гистологическую разновидность, степень злокачественности, распространенность некрозов в опухоли, наличие рецидивов и метастазов. Пятилетняя выживаемость при ЗФГ составляет 70%, причем 75% больных с миксоматозной разновидностью опухоли живут в течение 10 лет.

Приводим наше наблюдение клинического случая.

Б-я К-ко, 69 лет, обратилась в филиал №1 ФКГУ «1477 ВМКГ» МО РФ 18.02.2013 г. с жалобами на наличие опухолевидного образования в области внутренней поверхности правого бедра. При осмотре в области внутренней поверхности правого бедра (рис 1) определяется опухолевидное образование 15*8 см, плотноэластической консистенции, малоболезненное при пальпации, подвижное. Выставлен диагноз: липома правого бедра.

Произведено иссечение опухоли, которая была заключена в плотную капсулу размерами 16*10*9 см.

Макропрепарат: опухоль размерами 15x8x6 см. Состоит из двух частей – верхний полюс состоит из жировой ткани, нижний полюс – из стромальной ткани с жидкостным содержимым, заключенным в общую капсулу (рис. 2).

Гистологическое исследование. В материале опухолевая ткань представлена группами гиперхромных, полиморфных, атипичных клеток, гигантскими многоядерными клетками, группами клеток с пенистой цитоплазмой. Вокруг сосудов определяются муфтообразные скопления относительно маломорфных атипичных клеток, строма представлена гиалинизированной соединительной тканью. Определяются участки некроза и кровоизлияния. В целом картина в большей степени соответствует злокачественной фиброзной гистиоцитоме, плейоморфный вариант.



Рис. 1. Опухолевидное образование в области внутренней поверхности правого бедра больной К-ко



Рис. 2: Макропрепарат: опухоль размерами 15x8x6 см. Состоит из двух частей – верхний полюс состоит из жировой ткани, нижний полюс – из стромальной ткани с жидкостным содержанием, заключенным в общую капсулу

Обсуждение:

ЗФГ является типом саркомы и злокачественного новообразования неясного происхождения. Она возникает как из мягких тканей, так и из костей. ЗФГ была впервые описана в 1961 г. Кауфманом и Стаут, но споры о ней не утихают до сих пор. Первоначально ЗФГ была описана как гистиоцитарная опухоль. Однако в 1977 г. было высказано предположение, что ЗФГ является наиболее распространенной саркомой мягких тканей. Несмотря на относительную частоту диагностики, ЗФГ осталась загадкой. До сих пор не обнаружено ни одной клетки или ткани происхождения этой опухоли. В 2002 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) стала рассматривать ЗФГ в качестве формального объекта для диагностики и переименовала его как плеоморфную недифференцированную саркому. Эта новая терминология была подтверждена массой убедительных доказательств в течение последнего десятилетия, чтобы предположить, что ЗФГ

представляет собой конечный результат на пути опухоли к недеренцированию. Пока остается неясным, как организованы эти опухоли, однако, термин «злокачественных фиброзная гистиоцитома» остается в настоящее время диагнозом для тысяч пациентов и до сих пор используется как пациентами, так и врачами всего мира.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петровичев Н.Н., Чобонян Н.С., Аннамухамед А.А., Ходжамуратов Д.Х. О гистогенезе злокачественной фиброзной гистиоцитомы и гигантоклеточной опухоли кости // Архив патологии. 1985. № 7. С. 11–16.
2. Феденко А. Н., Блинов В. М., Соловьев Ю. Н. Злокачественная фиброзная гистиоцитома мягких тканей // Архив патологии. 1985. № 9. С. 20–27.
3. AJCC Cancer Staging Handbook. Edited, New York, Springer-Verlag, 2002.
4. Akerman M.: Malignant fibrous histiocytoma--the commonest soft tissue sarcoma or a nonexistent entity? Acta Orthop Scand Suppl, 1997. 273: 41-6.
5. Billingsley K. G., Burt M. E., Jara E., Ginsberg R. J., Woodruff J. M., Leung D. H., Brennan M. F. Pulmonary metastases from soft tissue sarcoma: analysis of patterns of diseases and postmetastasis survival. Ann Surg, 2002. 229(5): 602-10.
6. Casson A. G., Putnam J. B., Natarajan G., Johnston D. A., Mountain C., McMurtrey M., Roth J. A. Five-year survival after pulmonary metastasectomy for adult soft tissue sarcoma. Cancer, 1992. 69(3): 662-8.
7. Cheng E. Y., Dusenbery K. E., Winters M. R., Thompson R. C. Soft tissue sarcomas: preoperative versus postoperative radiotherapy. J Surg Oncol, 1996. 61(2): 90-9.
8. Eary J. F., O'Sullivan F., Powitan Y., Chandhury K. R., Vernon C., Bruckner J. D., Conrad E. U. Sarcoma tumor FDG uptake measured by PET and patient outcome: a retrospective analysis. Eur J Nucl Med Mol Imaging, 2002. 29(9): 1149-54.
9. Eilber F. C., Brennan M. F., Eilber F. R., Dry S. M., Singer S., Kattan M. W. Validation of the postoperative nomogram for 12-year sarcoma-specific mortality. Cancer, 2004. 101(10): 2270-5.
10. Jager P. L., Hoekstra H. J., Leeuw J. van Der Graaf W. T., de Vries E. G. Piers, D. Routine bone scintigraphy in primary staging of soft tissue sarcoma; Is it worthwhile? Cancer, 2000. 89(8): 1726-31.
11. Kattan M. W., Leung D. H., Brennan M. F. Postoperative nomogram for 12-year sarcoma-specific death. J Clin Oncol, 2002. 20(3): 791-6.
12. Kauffman S. L., Stout A. P. Histiocytic tumors (fibrous xanthoma and histiocytoma) in children. Cancer, 1961. 14: 469-82.
13. Leyvraz S., Vacchi M., Cerny T., Lissoni A., Sessa C., Bressoud A., Hermann R. Phase I multicenter

study of combined high-dose ifosfamide and doxorubicin in the treatment of advanced sarcomas. Swiss Group for Clinical Research (SAKK). Ann Oncol, 1998. 9(8): 877-84.

14. Mankin H. J., Mankin C. J., Simon M. A. The hazards of the biopsy, revisited. Members of the Musculoskeletal Tumor Society. J Bone Joint Surg Am, 1996. 78(5): 656-63.

Dorogaya T.G., Kargieva N.G., Krimov A.A., Romanov A.N., Samadinsky V.A.

CLINICAL CASES OF MALIGNANT FIBROUS HISTIOCYTOMA

Branch number 1 FGKU «1477 VMKG» the Defense Ministry, Fokino, Primorsky region.

Keywords: malignant fibrous histiocytoma.

Сведения об авторах:

Дорогая Татьяна Георгиевна, анестезиолог-реаниматолог филиала № 1 ФКГУ «14177 ВМКГ» МО РФ;
Каргиева Наталья Григорьевна, анестезиолог-реаниматолог филиала № 1 ФКГУ «14177 ВМКГ» МО РФ;
Романов Алексей Николаевич, майор медицинской службы, начальник 2-го хирургического отделения филиала №1 ФКГУ «1477 ВМКГ» МО РФ;

Крымов Алексей Анатольевич, подполковник медицинской службы запаса, ординатор 2-го хирургического отделения филиала №1 ФКГУ «1477 ВМКГ» МО РФ.

Самадинский Владимир Алексеевич, ординатор начальник 2-го хирургического отделения филиала №1 ФКГУ «1477 ВМКГ» МО РФ.

© А.В. Кузнецова, 2013 г.

УДК 617.571/72-071-08

Кузнецова А.В.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПЛЕЧЕВЫХ СУСТАВАХ

Консультативно-диагностическая поликлиника Федерального государственного казённого учреждения «1477 военно-морской клинический госпиталь» Министерства обороны Российской Федерации.

В статье отражён опыт лечения болевого синдрома в области плечевого сустава, приведён перечень литературы по теме. Положительные клинические результаты достигаются при правильном понимании процессов, приводящих к возникновению боли, а также при правильном подборе методов лечения.

Ключевые слова: плечелопаточный периартрит, плечевой сустав, болевой синдром.

Среди массы жалоб, которые пациенты предъявляют травматологу поликлиники, боль в плечевых суставах, требует особого внимания и вызывает определенные сложности в диагностике и лечении. Это связано со специфическими особенностями функциональной анатомии этой области тела и физиологическими особенностями. Болевой синдром в плечевых суставах является нередким спутником таких заболеваний, как плечелопаточный периартрит, периартроз, ревматоидный артрит, диабетическая артропатия, остеохондроз шейного отдела позвоночника и некоторых других патологических состояний плечевого сустава.

Частота так называемых заболеваний периартикулярных тканей области плечевого сустава составляет от 40 до 84% и занимает второе место после заболеваний коленного сустава (Миронов и соавт., 2006). По данным зарубежных источников, ведущее место среди профессиональных заболеваний рук принадлежит поражениям плечевого сустава. Их рост приближается к эпидемии в Швеции, Финляндии, Японии и США, а страховые выплаты по

поводу болей в плече занимают второе место после болей в области позвоночника (Novac S.B. et al., 1997; McClothlin J.D., 1998).

В отечественной медицинской практике до сих пор не определено, к компетенции какого специалиста должны относиться пациенты с плечелопаточным болевым синдромом. В документах обязательного медицинского страхования отсутствуют стандартные методы обследования и лечения этой патологии, отвечающие современным требованиям международной классификации болезней (Прудников О.Е., 1990, 1995).

Для понимания причин болевого синдрома в плечевых суставах необходимо выделить два этиопатогенетических аспекта – травма и воспаление, обусловленных многими причинами. Для диагностики этого синдрома необходимо придерживаться определенного алгоритма, основанного на наиболее частых патофизиологических механизмах формирования боли.

В исследованиях разных периодов времени, посвященных этому синдрому, преобладает «синдромологическое» направление, а среди причин диагноз «плечелопаточный периартрит», прочно