

Инородное тело крыла подвздошной кости, симулирующее костную кисту

З.И. Горбунова

A foreign body in ala ossis ilii simulating bone cyst

Z.I. Gorbunova

Федеральное государственное учреждение

«УНИИТО им. В.Д. Чаклина Росмедтехнологий», г. Екатеринбург (директор – кандидат медицинских наук И.Л. Шлыков)

Обсуждается редкое клиническое наблюдение удаления инородного тела крыла подвздошной кости – салфетки, оставленной 4 года назад во время внесуставной операции, что в дальнейшем симулировало костную кисту.
Ключевые слова: киста, подвздошная кость, инородное тело.

A rare clinical case of foreign body removal from ala ossis ilii is discussed in the work. It was a surgical drape left four years ago during extraarticular surgery in the zone of ala ossis ilii, that further simulated bone cyst.

Keywords: cyst, ilium, foreign body.

Целью настоящего сообщения является представление редкого клинического наблюдения инородного тела крыла подвздошной кости, симулирующего костную кисту.

Больная З., 13 лет, поступила в детское ортопедическое отделение института с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе.

Анамнез заболевания. Со слов родителей – в 1,5 года производилось закрытое вправление врожденных вывихов бедер (г. Пенза), в возрасте 3 лет проводилось оперативное вмешательство на левом тазобедренном суставе, а в возрасте 8 лет – открытое вправление вывиха правого бедра и формирование крыши вертлужной впадины (г. Оренбург). Через 3 года после операции появились жалобы на тупые боли в правом тазобедренном суставе, которые не были связаны с физической нагрузкой. Обратились в УНИИТО, наблюдались амбулаторно в течение одного года с диагнозом: костная киста правой подвздошной кости.

Объективные данные. Оси обеих нижних конечностей правильные. Имеются послеоперационные рубцы в области обоих тазобедренных суставов и передневерхней ости справа. Амплитуда движений в тазобедренных суставах:

– справа – 90°-180°-15°-10°; наружная ротация – 10°;

– слева – 90°-180°-15°-10°; отсутствуют ротационные движения.

Укорочение левой нижней конечности на 1 см, атрофия мышц правого бедра и голени на 2 см, симптом Тренделенбурга сомнителен справа. При ходьбе слегка прихрамывает на правую нижнюю конечность.

На обзорной рентгенограмме таза имеется очаг патологической перестройки на уровне крыла правой подвздошной кости размером 6×4,5 см с

четкими склерозированными контурами. Головки обоих бедер залегают в уплощенных вертлужных впадинах в положении подвывиха. Шейки обоих бедер удлинены и истончены (рис. 1).



Рис. 1. Рентгенограмма таза при поступлении больной З., 13 лет. Очаг патологической перестройки на уровне крыла подвздошной кости с четкими склерозированными контурами. Головки обоих бедер залегают в уплощенных вертлужных впадинах в положении подвывиха

Рентгенологическое заключение: двусторонние подвывихи бедер после открытого вправления врожденных вывихов, костная киста правой подвздошной кости.

Произведена операция: разрез Смит-Петерсена в области правого тазобедренного сустава, обнажено крыло и передняя ость подвздошной кости. В области наружной поверхности крыла подвздошной кости на 2,5 см выше суставной впадины определяется утолщение кортикальной пластины в результате ранее проведенной внесуставной операции. На 3 см ниже гребня подвздошной кости определяется овальной формы мягкоткан-

ное «опухолевидное» образование, покрытое утолщенной соединительнотканной прослойкой желтовато-бурого цвета. «Опухолевидное» образование связано с мышцами и ограничено по периферии утолщенной кортикальной пластинкой подвздошной кости. Тупым путем «опухолевидное» образование вылущено из костной полости. Под соединительнотканной прослойкой удаленного «опухолевидного» образования обнаружено инородное тело – салфетка. Образовался дефект костной ткани по наружной поверхности подвздошной кости размером 6,0×4,5×2,5 см, внутренняя кортикальная пластинка истончена, выстлана соединительной тканью, имеется прорыв ее на двух участках 1,5×1,5 и 1,0×1,0 см.

Гистологически. К капсуле шириной до 0,7 см прилежит грануляционная ткань (рис. 2). В костной ткани, прилежащей к капсуле, отмечаются признаки активной перестройки. Наряду с активной остеокластической резорбцией компактной кости происходит новообразование ее в виде отложения остеоидного вещества. Наблюдается проникновение грануляционной ткани в межбалочные пространства и гаверсовы каналы, где они наряду с остеокластами участвуют в резорбции кости. В периферическом (наружном) отделе капсулы многоядерные клетки отсутствуют. Гранулематозный инфильтрат граничит с рыхлой соединительной тканью и мышцами. Внутри капсулы грануляционная ткань располагается между волокнами «инородной ткани» и содержит большое количество многоядерных гигантских клеток (рис. 3). Заключение. Гранулема инородного тела.

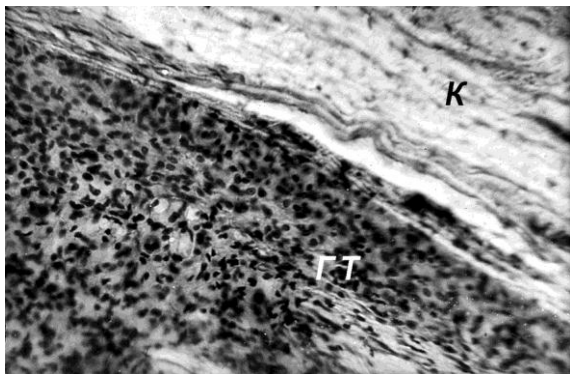


Рис. 2. Микрофотография: соединительнотканная капсула (К) и грануляционная ткань (ГТ). Окраска гематоксилином и эозином, увеличение – 30

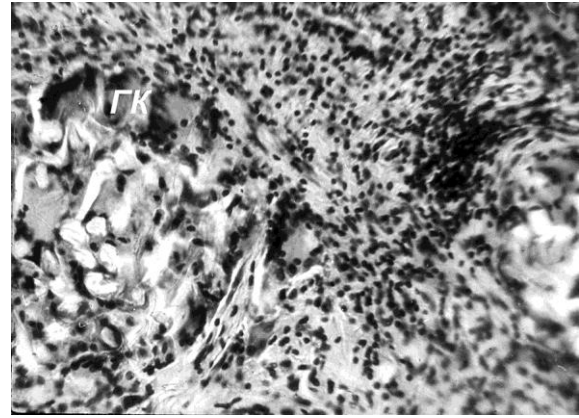


Рис. 3. Микрофотография: грануляционная ткань и многоядерные гигантские клетки (ГК) вокруг «волокон» инородного тела. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение – 100

Гистологическое исследование проведено кандидатом медицинских наук И.А. Старцевой.

После операции наложен гипсовый тугор на правый тазобедренный сустав. Послеоперационный период протекал гладко, заживление первичным натяжением. При дальнейшем наблюдении – через 6 месяцев после операции болей нет, ходит много, движения в тазобедренном суставе в прежнем объеме.

Инородные тела, оставленные при операции в полостях и тканях предметы, такие как марлевые шарики, салфетки, кровоостанавливающий зажим, скрепки и т.д., должны рассматриваться с различных точек зрения: организационной, медицинской, т.е. хирургической и деонтологической.

Судьба инородных тел различна. Они могут вызывать пролежни в органах, в дальнейшем инкапсулируются или отторгаются. По данным С.А. Рейнберга, локализация инородного тела в кости вызывает реактивные изменения со стороны костного вещества, которые характеризуются остеосклеротическим валом уплотненной стенки костной полости.

Инородные тела, попавшие в ткани, независимо от их структуры вызывают вокруг себя воспаление с преобладанием продуктивной реакции и образования большого числа многоядерных клеток рассасывания, так называемых гигантских клеток инородных тел. Возникает очаг хронического воспаления в виде гранулемы инородного тела, состоящий из инородного тела и большого числа многоядерных клеток.

При длительно незаживающих ранах следует помнить о возможном наличии забытого инородного тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Кн. 1. М. : Медицина, 1964. С. 160-163.

Рукопись поступила 10.07.09.

Сведения об авторе:

Горбунова Зинаида Ивановна – ФГУ "УНИИТО им.В.Д. Чаклина Росмедтехнологий", ученый секретарь, старший научный сотрудник, к.м.н.; e-mail: uniito@weborto.net.