

УДК 617.3

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ)

© Н.Н. Павленко, Д.А. Марков, Т.Д. Максюшина,
О.В. Матвеева, И.Р. Понамарев

Ключевые слова: эхинококкоз; клиника; хирургическое лечение.

В Саратовском научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии представлен редкий случай наблюдения из практики рецидива эхинококкоза большеберцовой кости.

В настоящее время, согласно энциклопедическому определению понятия «рецидив болезни», под ним подразумевается повторное развитие болезни в связи с сохранением в организме пациента, считавшегося излеченным, болезнетворного начала. Кроме того, возможно повторное развитие болезни в связи с факторами, приводящими к рецидиву, а также в связи с повторным заражением. К факторам, приводящим к рецидиву болезни, относятся: а) сохранение в организме пациента мелких резидуальных эхинококковых кист, недоступных диагностике современными инструментальными методами; б) сохранение в фиброзной капсуле и перикистозной ткани внедренных зародышевых элементов, способных трансформироваться в кисты; в) обсеменение зародышевыми элементами в ходе операции. Более того, реализация этих факторов в рецидив также носит вероятностный характер при благоприятном для паразита стечении обстоятельств на всех этапах от трансформации зародышевых элементов в микрокисту до ее роста в пределах размеров, достаточных для обнаружения современными методами диагностики [1–3].

Согласно современному представлению патогенеза заболевания, повторное заражение (реинвазия) возможно. Однако при эхинококкозе случаи реинвазии практически не поддаются учету. Кроме того, по данным литературы, вероятность формирования новых реинвазивных кист даже после произошедшего заражения невысока – до 1 % по данным [4].

В отечественной литературе существует множество интерпретаций понятия «рецидив эхинококкоза» [1–3; 5–6]. Вследствие этого не всегда терминологически однозначно определяются ситуации возврата симптомокомплекса болезни после завершения хирургического лечения.

Эхинококкоз не принадлежит к числу легко диагностируемых заболеваний. Весь комплекс клинических и инструментальных методов, данных лабораторных исследований, аллергологических и серологических проб не всегда помогает установить диагноз до операции [4; 7–11].

Клинические проявления эхинококкоза костей не специфичны. В длинных трубчатых костях процесс начинается в эпиметафизарной зоне, а затем может распространяться на диафиз. Длительное время тече-

ние заболевания оказывается бессимптомным, из-за чего ранняя рентгенологическая диагностика мало разработана. Появление же болей в области пораженной кости, припухлость, ограничение функции близлежащих суставов отмечаются, как правило, при наступлении осложнений (патологический перелом, прорыв в мягкие ткани, вторичное инфицирование). При этом рентгенологически отмечается, что нет сплошного массивного рассасывания костного вещества, а рисунок является скорее мелкосотовым, сетчатым, границы участка поражения нечетки, расплывчаты; периостальных разрастаний нет или они весьма незначительны [8; 11–12]. Но эти признаки не являются патогномоничными для эхинококкоза.

Приводим редкий случай наблюдения рецидива эхинококкоза большеберцовой кости.

Больная Ч., 1949 года рождения, история болезни № 1234, пенсионерка, жительница сельской местности. Больной себя считает с 1989 г., когда стали беспокоить боли в левом коленном суставе, к врачам не обращалась. С 1992 г. боли стали более интенсивнее, обратилась в поликлинику по месту жительства. Выполнена рентгенография левой голени, обнаружено паразитарное заболевание – эхинококк. Больная с диагнозом эхинококкоз проксимального отдела большеберцовой кости направлена в СарНИИТО, 10 ноября 1992 г. была выполнена операция – открытая биопсия, краевая резекция верхней трети левой большеберцовой кости, удаление патологической ткани, замещение дефекта аутоотрансплантатами (из крыла подвздошной кости). Иммобилизация гипсовым сапожком. Гистологическое заключение № 12980 – хитиновая оболочка пузыря, крючки эхинококка. На протяжении 13 лет больная не обращалась в СарНИИТО. В 2005 г. больная отметила появление боли в левом коленном суставе, обратилась к врачу.

При рентгенографии левой голени (31 июня 2005 г.) выявлен продолженный рост эхинококка (рис. 1). Больной предложено срочное оперативное лечение. 15 ноября 2006 г. больная обратилась в СарНИИТО и была госпитализирована по поводу рецидива эхинококкоза большеберцовой кости.

При подготовке больной к операции было проведено дополнительное обследование: результат исследования сыворотки крови № 24 от 22 ноября 2006 г. – вы-



Рис. 1. Рентгенограммы больной до операции

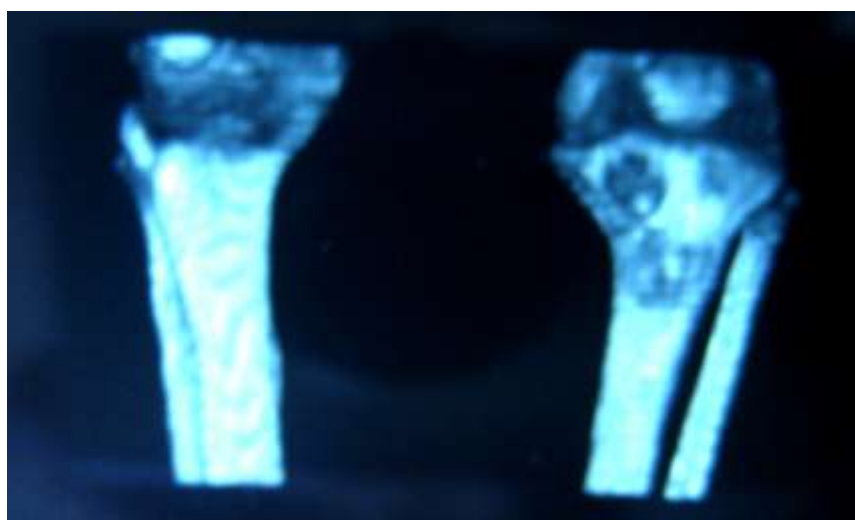


Рис. 2. Компьютерное исследование верхней трети левой большеберцовой кости до операции

явление антител к антигенам гельминтов 2.4. Эхинококк igG положительная (титр 1:400). Титр стафилококкового анатоксина № 709 от 20 ноября 2006 г. – 1 АЕ/мл.

Протокол компьютерного исследования № 1856 от 15 ноября 2006 г. (рис. 2), проводилось срезами толщиной 5,0 мм без контрастного усиления. Костномозговой канал большеберцовой кости резко расширен, кортикальный слой истончен. Определяется массивная деструкция мыщелков левой большеберцовой кости, с истончением кортикального слоя, вплоть до дефекта по внутренней поверхности – 17,2 мм. По задней поверхности верхней трети большеберцовой кости определяется мягкотканое образование, округлой формы, с нечетким, неровным контуром, с перегородками, исходящее из большеберцовой кости, размером 41,6×31,8×46,2 мм. Аналогичное образование, состоящее из 3-х округлых пузырей, размером 46,2×24,7 мм, определяется по пе-

редневнутренней поверхности большеберцовой кости (в области дефекта). Заключение: рецидив эхинококковых кист большеберцовой кости.

Больной выполнена 28 ноября 2006 г. операция под спинномозговой анестезией – открытая биопсия, краевая резекция верхней трети левой большеберцовой кости, удаление патологической ткани (рис. 3), замещение дефекта костными аллотрансплантатами по типу «вязанки хвоста» (рис. 4).

Заживление раны первичным натяжением, иммобилизация левой нижней конечности задней гипсовой лонгетой. Через 1 год 5 месяцев (20 апреля 2008 г.) после операции перестройка костных аллотрансплантатов продолжается (рис. 5). Больная пользуется съемной гипсовой лонгетой, дозировано нагружая левую нижнюю конечность с помощью костылей, продолжает лечение препаратами (вермокс, мебендазолон, альбендазол по схеме).



Рис. 3. Макропрепарат резецированной верхней трети левой большеберцовой кости с эхинококковой кистой



Рис. 4. Дефект большеберцовой кости заполнен кортикальными аллотрансплантатами по типу «вязанки хвороста»



Рис. 5. Рентгенограммы больной после операции

Таким образом, радикализм хирургического лечения обеспечивается ранней диагностикой и неотложной операцией. Такие больные для своевременной диагностики истинных и ложных рецидивов должны находиться на диспансерном наблюдении до 10 лет, а хирург должен помнить о возможном рецидиве эхинококкового поражения длинных трубчатых костей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аскерханов Р.П. Хирургия эхинококкоза. Махачкала, 1975.
2. Ахмедов И.Г., Османов А.О. // Хирургия. 2002. № 9. С. 27-30.
3. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни» // Анналы хирургии. 2004. № 2. С. 73-76.
4. Тумольская Н.И. // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1992. № 5-6. С. 5-9.
5. Вафин А.З., Филус А.А., Гобеджешвили Т.К. // Диагностика и лечение эхинококковой болезни: сб. науч. трудов / под общ. ред. Ю.С. Гилевича. Ставрополь, 1983. С. 190-196.
6. Гилевич Ю.С., Вафин А.З., Гилевич М.Ю. К определению понятия «рецидивный эхинококкоз» // Вестник хирургии. 1984. № 4. С. 71-73.

7. Еникеева Р.А., Мирганиев Ш.М. // Вестник рентгенологии. 1984. № 3. С. 27-30.
8. Зацепин С.Т., Житницкий Р.Е. // Хирургия. 1963. № 5. С. 70-76.
9. Марин И.М., Байрак В.Г. // Вестник рентгенологии. 1989. № 6. С. 20-24.
10. Петровский Б.А., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. М., 1985.
11. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. 4-е изд. М.: Медицина, 1964.
12. Штерн В.И. Рентгенодиагностика эхинококкоза у человека. М.: Медицина, 1973.

Поступила в редакцию 4 марта 2015 г.

Pavlenko N.N., Markov D.A., Maksyushina T.D., Matveeva O.V., Ponamarev I.R. CASE OF RELAPSE OF ECHINOCOCCOSIS OF TIBIAL BONE (PRACTICAL OBSERVATION)
In Saratov Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics presented a rare case of practical observations of relapse echinococcosis of tibial bone.
Key words: echinococcosis; clinic; surgery.

Павленко Николай Николаевич, Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Саратов, Российская Федерация, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела новых технологий в травматологии и ортопедии, e-mail: sarniito@yandex.ru

Pavlenko Nikolay Nikolayevich, Saratov Science Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Saratov, Russian Federation, Doctor of Medicine, Leading Scientific Worker of New Technologies in Traumatology and Orthopedics Department, e-mail: sarniito@yandex.ru

Марков Дмитрий Александрович, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, г. Саратов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент кафедры травматологии и ортопедии, e-mail: sarniito@yandex.ru

Markov Dmitriy Aleksandrovich, Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Saratov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Associate Professor of Traumatology and Orthopedics Department, e-mail: sarniito@yandex.ru

Максюшина Татьяна Дмитриевна, Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Саратов, Российская Федерация, зав. отделением лучевой диагностики, e-mail: sarniito@yandex.ru

Maksyushina Tatyana Dmitrievna, Saratov Science Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Saratov, Russian Federation, Head of Radiodiagnosics Department, e-mail: sarniito@yandex.ru

Матвеева Ольга Викторовна, Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Саратов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, врач клинико-диагностической лаборатории, e-mail: sarniito@yandex.ru

Matveeva Olga Viktorovna, Saratov Science Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Saratov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Doctor of Clinical and Diagnostic Laboratory, e-mail: sarniito@yandex.ru

Понамарев Ильдар Равильевич, Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, г. Саратов, Российская Федерация, аспирант, e-mail: sarniito@yandex.ru

Ponamarev Ildar Ravilyevich, Saratov Science Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Saratov, Russian Federation, Post-graduate Student, e-mail: sarniito@yandex.ru