

Фохтин В.В., Кузнецихин Е.П., Кузин А.С., Дроздов А.В., Махров Л.А.

ЭКЗОСТОЗ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАФИЗА ПРАВОЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМОЙ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

Российская детская клиническая больница Минздрава России, Москва

Fokhtin V.V., Kuznechihin E.P., Kuzin A.S., Drozdov A.V., Makhrov L.A.

EXOSTOSIS OF THE DISTAL METAPHYSIS OF THE RIGHT FEMUR, COMPLICATED BY FALSE ANEURYSM OF THE POPLITEAL ARTERY

Russian Children's Clinical Hospital

Резюме

В наблюдении описывается редкое осложнение экзостозной болезни. Увеличение в размерах костно-хрящевого экзостоза по задней поверхности бедра привело к развитию аневризмы подколенной артерии большого объема. Выполнено одномоментное удаление аневризмы и экзостоза с хорошим результатом.

Ключевые слова: экзостозная хондродисплазия, осложнения, артериальная аневризма, дети

Abstract

Rare complication of the exostosis chondrodisplasy disease is described in this case. The increase in the size of osteochondral exostosis on the back of the thigh led to the development of an aneurysm of the popliteal artery of large volume. It was completed a one-time removal of the aneurysm and exostosis with a good result.

Key words: exostosis chondrodisplasy, complication, artery aneurysm, children

Под сложной анатомической локализацией экзостоза понимают развитие костно-хрящевого экзостоза в метафизарном отделе кости с деформацией диафизарной зоны эпифиза и суставной поверхности, а также формирование костно-хрящевого экзостоза в проксимальном или дистальном метафизе, двукостном анатомическом сегменте конечности, вызывающее не только нарушение роста и деформацию, но и выраженное нарушение функции конечности, а также метаэпифизарные экзостозы с локализацией, ведущей к сдавлению и смещению кровеносных сосудов и нервных стволов с явлениями функциональных и косметических осложнений, нарушениями трофики и неврологическими расстройствами.

Сосудистые аневризмы – нечастое осложнение при расположении костно-хрящевого экзостоза рядом с крупными сосудистым пучками. По данным ряда зарубежных авторов, частота такой патологии достигает 12% от других возможных осложнений при экзостозной хондродисплазии [1–3]. Приводим собственное клиническое наблюдение.

В Российскую детскую клиническую больницу (РДКБ) в октябре 2011 г. поступила пациентка 15 лет с направляющим диагнозом «Экзостозная хондродисплазия. Разгибательная контрактура правого коленного сустава». В 2010 г. у ребенка впервые появились боли в правом коленном суставе, которые носили постоянный характер, не были связаны с нагрузкой и не купировались приемом анальгетиков. Ребенок был обследован по месту жительства. На выполненной рентгенограмме в нижней трети правой бедренной кости по задней поверхности был расположен костно-хрящевой экзостоз размерами 2×3 см шаровидной формы. Из анамнеза известно, что экзостозной хондродисплазией болен отец девочки. Боли в колене не связали с наличием экзостоза, и лечение было направлено для купирования болевого синдрома в коленном суставе. Девочке были назначены курсы физиотерапии на область коленного сустава и лечебная физкультура. Спустя несколько недель боли стали усиливаться, ребенок перестал наступать на ногу, через 4 месяца сформировалась сгибательная контрактура правого коленного сустава.



Рис. 1. Правое бедро и коленный сустав – задненаружная поверхность



Рис. 2. Рентгенограмма правого бедра в боковой проекции

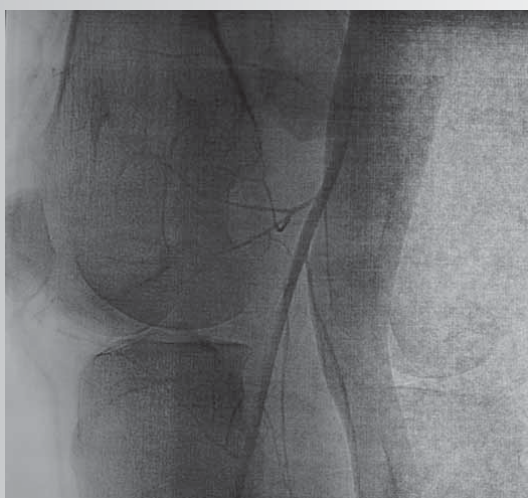


Рис. 3. Ангиограмма правой подколенной артерии



Рис. 4. Интраоперационная фотография аневризмы



Рис. 5. Интраоперационная фотография экзостоза

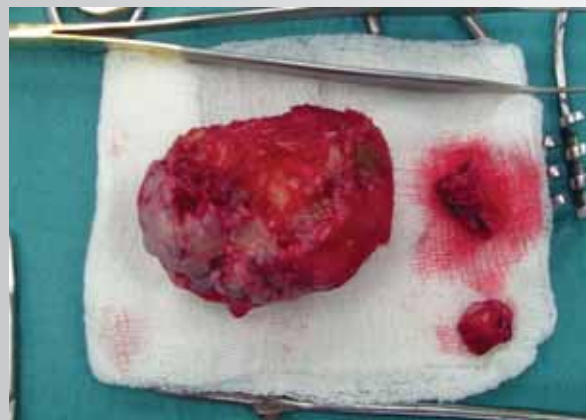


Рис. 6. Фотография удаленного экзостоза

При поступлении у пациентки обращали на себя внимание увеличение в объеме правого коленного сустава за счет мягкотканого компонента. Ребенок ходил без опоры на правую нижнюю конечность. Окружность левого бедра

составляла 25 см, правого бедра – 35 см (рис. 1). Боли в коленном суставе сохранялись и носили постоянный характер. Объем движений в коленном суставе: сгибание до 80°, разгибание полное. Однако максимальная болезненность отмечалась в области подколенной ямки, а не в самом суставе.

По задней поверхности бедра пальпировалось плотное округлое образование костно-хрящевой плотности, безболезненное при пальпации, не спаянное с окружающими тканями, кожные покровы над образованием не были изменены. На выполненных рентгенограммах коленного сустава в прямой и боковой проекциях и по результатам компьютерной томографии в области дистального метафиза правой бедренной кости по ее задненаружной поверхности располагался костно-хрящевой экзостоз размерами 5×8×10 см шаровидной формы, занимающий большую часть подколенной ямки (рис. 2).

Также у девочки были отмечены микроциркуляторные расстройства в правой нижней конечности: нога была несколько холоднее, чувствительность от нижней трети бедра также была снижена. Ребенку с диагностической целью провели доплерографию и ангиографию правой подколенной артерии. На серии снимков с контрастным веществом в правой подколенной области располагалась аневризма подколенной артерии значительных размеров. Аневризма занимала всю подколенную область, была несколько смещена кнаружи и тесно прилегала к костно-хрящевому экзостозу (рис. 3).

Ребенку была проведена необходимая предоперационная подготовка, и 15 октября 2011 г. девочке удалены аневризма правой подколенной артерии и экзостоз нижней трети правой бедренной кости.

Описание операции: аневризма выделена из мягких тканей, размеры ее составили 11×5×3 см (рис. 4). Выше и ниже аневризмы наложены жгуты. Образование взято на резиновые держалки, проверена проходимость кровотока правой подколенной артерии, после чего при рассечении стенки аневризмы удалось обнаружить, что ее наружный слой состоит только из внешнего сосудистого эпи-

телиа, а сама аневризма представляла собой расщепление подколенной артерии и, таким образом, была псевдоаневризмой гигантских размеров. Сдерживаемым оказался кровяной сгусток обширных размеров, в основном состоящий из тромботических масс.

Произведено иссечение внешней стенки псевдоаневризмы и выполнена пластика подколенной артерии остатками собственных тканей подколенной артерии. После снятия жгутов и проверки восстановления кровотока путем определения пульсации на *a. dorsalis pedis* был выполнен второй этап оперативного вмешательства: удаление костно-хрящевой экзостоза вместе с прилегающей к нему надкостницей в пределах здорового кортикального слоя бедренной кости. Экзостоз был шаровидной формы с неровной бугристой поверхностью и располагался на широком основании по задней поверхности бедренной кости в ее нижней трети (рис. 5, 6).

Костный дефект был укрыт оставшейся надкостницей, после чего рану ушивали послойно. На правую нижнюю конечность наложена гипсовая лонгета от средней трети бедра до нижней трети голени. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась антибактериальная терапия и плановые перевязки, швы сняты на 10-е сутки, заживление первичным натяжением. Иммобилизацией прекращена в те же сроки. С целью контроля провели доплерографию подколенной области – нарушения кровотока в подколенной артерии не отмечено. Постепенно восстановились микроциркуляция и чувствительность. Девочка была выписана на 14-е послеоперационные сутки.

Заключение

Расположение костно-хрящевого экзостоза в анатомической близости с сосудистыми пучками может осложняться повреждением последних и развитием сосудистых аневризм, поэтому любое увеличение объема конечностей должно настораживать врача и становиться показанием к дополнительному обследованию с использованием объективных методов.

Список литературы

1. *Wicklund L. C., Pauli R. M., Johnston D. et al.* Natural history study of hereditary multiple exostoses // *Am. J. Med. Genet.* 1995. Vol. 55, № 1. P. 43–46.
2. *Vanhoenacker F. M., van Hul W., Wuyts W. et al.* Hereditary multiple exostoses: from genetics to clinical syndrome and complications // *Eur. J. Radiol.* 2001. Vol. 40. P. 208.
3. *Akita S., Murase T., Yonenobu K. et al.* Long-term results of surgery for forearm deformities in patients with multiple cartilaginous exostoses // *J. Bone Joint Surg. Am.* 2007. Vol. 89. P. 1993–1999.

Авторы

КОНТАКТНОЕ лицо: ФОХТИН В. В.	Аспирант 2-го года обучения. Тел.: 8 (905) 713-43-48. E-mail: doctormrak@rambler.ru.
КУЗНЕЧИХИН Евгений Петрович	Профессор, доктор медицинских наук. Тел.: (495) 726-63-52.
КУЗИН Александр Сергеевич	Заведующий отделением травматологии и ортопедии РДКБ. Тел.: (495) 936-91-14. E-mail: travma7@mail.ru.
ДРОЗДОВ Александр Васильевич	Заведующий отделением микрохирургии сосудов РДКБ. Тел.: (495) 936-90-51.
МАХРОВ Лев Александрович	Кандидат медицинских наук, врач травматолог-ортопед. Тел.: (495) 936-93-14. E-mail: travma7@mail.ru.