

УДК 616.718.71-006.31:615.832.97

© С.В. Дианов, Н.П. Демичев, К.М. Халагуммаев, 2012

С.В. Дианов, Н.П. Демичев, К.М. Халагуммаев

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМАЛЬНОЙ КОСТНОЙ КИСТЫ ТАРАННОЙ КОСТИ

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

Описан редкий клинический случай аневризмальной костной кисты правой таранной кости у больного 28 лет. Приведена клиническая картина заболевания, диагностика и методика криохирургического лечения данной кисты. Больной осмотрен через 6 и 12 месяцев после операции. Полностью восстановилась опорная функция конечности, ходьба свободная, движения в суставах стопы осуществляются в полном объеме, безболезненные. У пациента исчезли неприятные ощущения при ходьбе и опоре на оперированную конечность. Представленный клинический случай показывает высокую эффективность криохирургического метода лечения.

Ключевые слова: аневризмальная костная киста, таранная кость, криохирургическое лечение.

S.V. Dianov, N.P. Demichev, K.M. Halagummaev

CLINICAL CASE OF CRYOSURGICAL TREATMENT OF ANEURYSMIC BONY CYST OF THE ASTRAGALAR

The article deals with a rare clinical case of an aneurysmic bony cyst of the right astragalar bone in patient of 28 age. The clinical picture of disease, diagnostics and technique of cryosurgical treatment of the cyst is described. The patient was examined in 6 and 12 months after operation. The basic function of the extremity, free walking, movements in foot joints were completely restored. The unpleasant sensations disappeared at walking. The presented clinical case shows high efficiency of the cryosurgical method of treatment.

Key words: aneurysmic bony cyst, astragalar bone, cryosurgical treatment.

Несмотря на успехи современной ортопедической онкологии проблема лечения аневризмальных костных кист (АКК) костей стопы еще полностью не изучена и остается актуальной. В 1942 г. Н.Л. Jaffe и L. Lichtenstein впервые выделили данное заболевание как самостоятельную нозологическую форму. Большое количество этиопатогенетических гипотез и различная трактовка патологических изменений явились причиной многочисленных методик лечения этой кисты [1, 4, 5, 8]. Научный интерес исследователей к данной проблеме объясняется стремлением хирургов ликвидировать это «безобидное», но упорно рецидивирующее заболевание.

Для АКК характерна локализация в диафизе длинных костей и позвоночнике [6]. Кости стопы поражаются значительно реже. Так, Н.П. Демичев, А.Н. Тарасов [3] наблюдали всего 6 случаев поражения пяточной кости. Из всех поражений скелета данной патологией АКК встречается в 16 % случаев в костях стопы [3]. В научной литературе приводятся единичные наблюдения локализации в таранной кости. По данным различных авторов, процент рецидивов при лечении АКК стопы колеблется от 2 до 37 % и требует поиска новых путей их профилактики [2, 7]. В настоящее время необходимость в оперативном методе лечения солитарных кист костей не вызывает сомнений. Они должны быть онкологически адекватными и органосохраняющими. Эффективность традиционного хирургического лечения значительно снижается в связи с высоким процентом рецидивирования заболевания. Новые перспективы в лечении больных с АКК появились с внедрением в ортопедическую онкологию криохирургического направления. Применение криохирургического метода лечения АКК позволило снизить количество местных рецидивов [3].

Под нашим наблюдением находился пациент, успешно оперированный по поводу АКК правой таранной кости.

Больной Ч., 28 лет, госпитализирован в травматолого-ортопедическое отделение ГБУЗ АО «Александрo-Мариинская областная клиническая больница» (г. Астрахань) с диагнозом: аневризмальная костная киста правой таранной кости. При поступлении предъявлял жалобы на боли в облас-

ти правого голеностопного сустава, усиливающиеся после физической нагрузки. Больным себя считал в течение 6 месяцев до момента госпитализации, когда впервые появился болевой синдром. За это время боль усилилась, появилось умеренное ограничение функции правого голеностопного сустава.

Больной гиперстенического телосложения, высокого роста, среднего питания. Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено. Анализы крови и мочи – без отклонений от нормы. Кожа над образованием была не измененной, пальпация безболезненной, отечность отсутствовала. Конфигурация правого голеностопного сустава сохранена (рис. 1). Активные движения в суставах фаланг пальцев правой стопы были в пределах нормальных амплитуд. Определялось ограничение тыльной флексии правой стопы до 15°.



Рис. 1. Больной Ч., 28 лет. Внешний вид правого голеностопного сустава

Рентгенологическое исследование и компьютерная томография правой таранной кости показали наличие полостного образования с четкими контурами, состоящего из одной камеры, размером 16 × 17 × 15 мм, которое располагалось ближе к латеральной лодыжке. Определялся симптом «вздутия» кости, при этом корковый слой кости в месте вздутия был истончен (рис. 2).



Рис. 2. Больной Ч., 28 лет. Аневризмальная костная киста правой таранной кости во фронтальных и сагиттальных проекциях: а – рентгенограммы; б – компьютерные томограммы

При ультразвуковом исследовании заднего отдела стенки таранной кости на расстоянии около 5 мм от надкостницы визуализировалось гипоэхогенное образование с неровными четкими контурами, имеющее однородную структуру, вертикальный размер равен 17 мм. В переднем отделе отмечено истончение надкостницы около 2 мм, под которой обнаружено полостное образование (рис. 3). Подография обеих стоп не выявила отклонений от нормы.



Рис. 3. Сонограмма больного Ч., 28 лет. Аневризмальная костная киста правой таранной кости

17.02.2010 произведена операция (проф. Н.П. Демичев) – внутриочаговая резекция, криодеструкция, аллопластика резекционного дефекта таранной кости. Под спинно-мозговой анестезией линейным разрезом по передне-наружной поверхности правого голеностопного сустава рассечена кожа и мягкие ткани. После чего выполнена артротомия голеностопного сустава и обнажена таранная кость в проекции кисты (рис. 4а). Кость над полостью отличалась тонкой кортикальной пластиной синюшного цвета. Желобоватым остеотомом вскрыта полость, из которой выделилось около 7 мл темной кровянистой жидкости. Механическим путем иссечены стенки кисты. Костная рана дополнительно зачищена от патологических тканей до появления кровоточащей спонгиозной ткани (рис. 4б). В сформированный дефект трехкратно инстиллирован жидкий азот, экспозиция каждого цикла достигала 1 мин и самопроизвольного оттаивания в течение 3 мин (рис. 4в). Образовавшийся резекционный дефект заполнен компактно-спонгиозными аллотрансплантатами. Во время закладки трансплантатов сохранялся принцип плотной укладки друг к другу. Данный способ аллопластики увеличивал площадь контакта последних между собой и воспринимающим ложем, что ускоряло процессы перестройки пластического материала и сокращало сроки консолидации (рис. 4г). Капсула сустава ушита наглухо. Послойно наложены швы на рану. Конечность иммобилизована задней гипсовой лангетой от верхней трети голени до кончиков пальцев. Патологическая ткань была отправлена на гистологическое исследование.

При микроскопическом исследовании в оболочке кисты обнаружена соединительная ткань с множеством кровеносных сосудов и гигантскими многоядерными клетками, а также выявлено резкое истончение костной пластинки. На основании выявленных тканевых изменений больному установлен гистологический диагноз: аневризмальная костная киста.

Послеоперационный период протекал без осложнений, ежедневно выполнялись перевязки послеоперационной раны, введение обезболивающих препаратов и антибиотика (цефтриаксон). Рана зажила первично и на 14 сутки швы были сняты. Больному наложена циркулярная повязка из «Rhena®cast» от верхней трети голени до кончиков пальцев на срок 2,5 месяцев, после чего пациент был выписан на амбулаторное лечение. Повязка снята через 3 месяца после операции, больной получил курс реабилитационного лечения. Рекомендовано ограничение нагрузки на конечность в течение 6 месяцев.

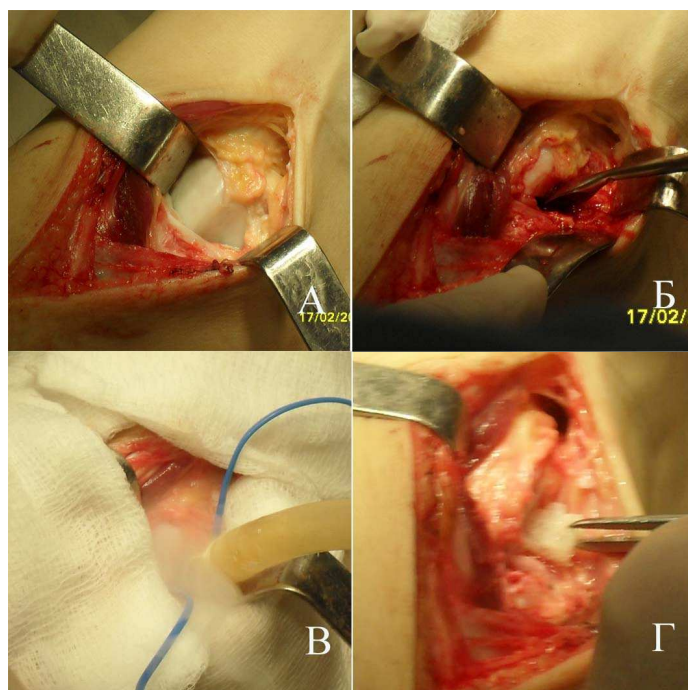


Рис. 4. Больной Ч., 28 лет. Этапы операции на правой таранной кости:
а – передне-латеральный доступ к таранной кости; б – удаление опухолевых масс;
в – инстиляция холодогента; г – аллопластика

Рентгенологический контроль выполнялся на первые сутки после операции, через 2, 3 и 10 месяцев. На компьютерных томограммах, выполненных через 3 месяца после операции, выявлены признаки, свидетельствующие о начале процесса интеграции по всему периметру резекционной полости в таранной кости. Плотность тени трансплантатов была высокой и гомогенной (рис. 5).



Рис. 5. Компьютерные томограммы больного Ч., 28 лет, через 3 месяца после операции.
Аневризмальная костная киста правой таранной кости,
состояние после криовоздействия и замещения резекционного дефекта аллотрансплантатами

К десятому месяцу на томограммах определялась перестройка трансплантатов, которая проявлялась в снижении тени центрально расположенного пластического материала. Местами граница между таранной костью и очагом аллопластики расплывчата и с трудом определялась (рис. 6).

Больной осмотрен через 6 и 12 месяцев после операции. Полностью восстановилась опорная функция конечности, ходьба свободная, движения в суставах стопы в полном объеме, безболезненные. У пациента исчезли неприятные ощущения при ходьбе и опоре на оперированную конечность. При осмотре в проекции правого голеностопного сустава определялся послеоперационный рубец длиной 6 см без признаков воспаления. Визуально конфигурация голеностопного сустава не изменилась. Амплитуда движений в правом голеностопном суставе осуществляется в полном объеме. Движения безболезненны.

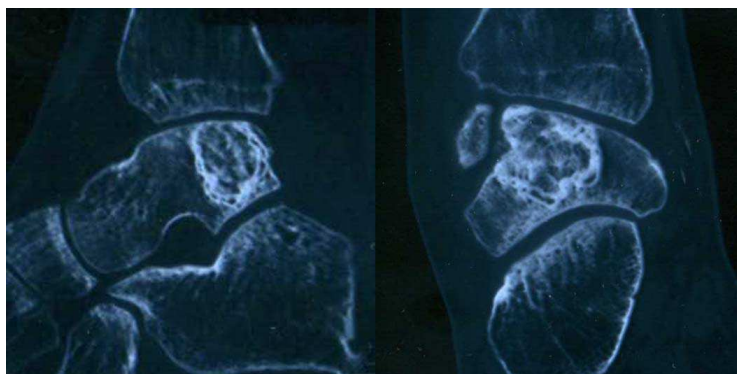


Рис. 6. Компьютерные томограммы больного Ч., 28 лет, через 10 месяцев после операции. Восстановление таранной кости после криохирургической резекции по поводу аневризмальной кисты и костной аллопластики

Данное наблюдение представляет интерес как чрезвычайно редкий случай поражения таранной кости аневризмальной кистой и свидетельствует о высокой эффективности криохирургического метода лечения.

Список литературы

1. Бережный, А. П. Кисты костей у детей и подростков : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. П. Бережный. – М., 1985. – 28 с.
2. Ванчиков, Б. Д. Эффективность хирургического лечения дистрофических костных кист у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б. Д. Ванчиков. – Иркутск, 1998. – 22 с.
3. Демичев, Н. П. Диагностика и криохирургия костных кист / Н. П. Демичев, А. Н. Тарасов. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 144 с.
4. Ивченко, В. К. Пункционные костнопластические операции с иммунокоррекцией при лечении костных кист и фиброзной дисплазии у детей / В. К. Ивченко, Г. И. Фадеев, А. И. Швеи, А. И. Канзюба // Материалы VI съезда травматологов-ортопедов СНГ (Ярославль, 14–17 сентября 1993 г.). – Ярославль, 1993. – С. 258–259.
5. Тенилин, Н. А. Лечение солитарных кист костей у детей и подростков / Н. А. Тенилин, А. Б. Богосьян, А. Г. Соснин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 1998. – № 1. – С. 34–37.
6. Capanna, R. Aneurysmal bone cyst of the spine / R. Capanna, U. Albisini, P. Ricci et al. // J. Bone Joint Surg. Am. – 1985. – Vol. 67. – P. 527–531.
7. Ozaki, T. Aneurysmal bone cysts in children / T. Ozaki, A. Hillman, N. Lindner et al. // J. Cancer. Res. Clin. Oncol. – 1996. – Vol. 122, № 12. – P. 767–769.
8. Rougraff, B. T. Treatment of active unicameral bone cysts with percutaneous injection of demineralized bone matrix and autogenous bone marrow / B. T. Rougraff, T. J. Kling // J. Bone. Joint. Surg. Am. – 2002. – Vol. 84, № 6. – P. 921–929.

Дианов Сергей Вячеславович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Демичев Николай Петрович, доктор медицинских наук, профессор, академик Международной академии наук, кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Халагуммаев Кади Магомедович, аспирант кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: darginec30@mail.ru.