

## СЛУЧАЙ ОСТЕОХОНДРОМЫ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Ф.Ю. Засульский, М.Ю. Зайцева, А.М. Привалов

ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий», директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов Санкт-Петербург

Авторы приводят пример успешного оперативного лечения пациента с остеохондромой пяточной кости. Указаны диагностические ошибки на этапе амбулаторного обследования и лечения. Приведены наглядные гистологические и морфологические иллюстрации, рентгенографическая картина остеохондромы. Описан мало-травматичный доступ в ходе оперативного вмешательства.

**Ключевые слова:** остеохондрома, пяточная кость, хирургическое лечение.

The case of successful surgical treatment of a patient with calcaneal osteochondroma is described. Diagnostic pitfalls during outpatient examination and treatment are discussed. The obvious histological and morphological illustrations as well as roentgenographic picture are cited. The authors describe low-traumatic approach for surgical operation.

**Key words:** calcaneal osteochondroma, diagnostics, surgical treatment.

Остеохондрома – одиночная (в редких случаях – множественная) опухоль, состоящая из костной и хрящевой тканей. Современные авторы отмечают только количественную разницу между хондромой и остеохондромой, выражающуюся в степени её оссификации. По данным литературы [1–5], преимущественная локализация этой опухоли – трубчатые кости. Плоские кости поражаются значительно реже, в 4,8–5,8% случаев [5]. Пик заболевания в 45% случаев приходится на возраст 15–25 лет. Как правило, клиническое течение остеохондромы – благоприятное. Рост происходит латентно в течение многих лет и долгое время протекает бессимптомно. На долю поражения остеохондромой костей стопы приходится около 12% [5], в основном опухоли локализуются в

костях переднего и среднего отделов. В доступной литературе встречаются единичные случаи описания остеохондромы пяточной кости [6–11]. Приводим случай нашего наблюдения.

Больная Н., 27 лет. Поступила в клинику РНИИТО им. Р.Р. Вредена с жалобами на боли в области правой пятки, появляющимися в основном утром и после нагрузки. Боли в правой пятке начали беспокоить 2 года назад, но в течение этого времени пациентка к врачам не обращалась. Прогрессивное усиление болей обусловило первичное обращение к хирургу в поликлинику по месту жительства. Было выполнено рентгенологическое исследование, выявившее образование в области бугра пяточной кости (рис. 1). Пациентка была направлена на консультацию в поликлинику РНИИТО им. Р.Р. Вредена с диагнозом «гипертрофированная пяточная шпора».



Рис. 1. Рентгенограмма правой пяточной кости больной Н., 27 лет, при поступлении в клинику

При осмотре: ходьба с незначительной хромотой на правую ногу. Кожные покровы подошвенной поверхности правой стопы обычной окраски. Местная температура не повышена. В области правой пятки пальпируется несколько болезненное образование костной плотности, не спаянное с кожей, неподвижное и несмещаемое. Движения в суставах стопы безболезненные.

На рентгенограммах определяется опухолевидное образование в области бугра пяточной кости, плотной структуры, на «ножке», состоящей преимущественно из губчатого вещества с чёткими ровными контурами. Предварительный диагноз – остеома или остеохондрома подошвенной поверхности правой пяточной кости.

**Операция.** Учитывая особенности кровоснабжения пяточной области, для сохранения основных питающих сосудов был выбран наружный операционный доступ. Произведен линейный разрез длиной 5 см по наружной поверхности с отступом 0,5 см от бугра пяточной кости на границе между кожей подошвенной и наружной поверхностей стопы. Рассечена фасция, под ней определено образование костной плотности. Книзу отслоены подошвенный апоневроз и *m. abductor digiti minimi*, которые, как выяснилось при ревизии, не связаны с образованием, а отсечены им в подошвенном направлении. Опухоль выделена из ок-

ружающих мягких тканей до перехода её основания в здоровую кость и удалена единым блоком в пределах визуально здоровых тканей и отправлена на гистологическое исследование (рис. 2).

Опухоль костной плотности имела полушаровидную форму, располагалась на широком основании, верхушку покрывала хрящевая «шапочка» серого цвета толщиной до 0,2 см.

При микроскопическом исследовании было выявлено, что образование построено из костной ткани губчатого строения. На его поверхности располагался гиалиновоподобный хрящ с беспорядочно рассеянными хондроцитами в капсулах (рис. 3 а). В нем встречались крупные трещины, а также участки разволокнения и некроза. На отдельных участках со стороны прилежащей кости в хрящ врастали полнокровные капилляры, и откладывался остеоид (рис. 3 б). В толще костных балок субхондральной зоны было обнаружено большое количество островков бесклеточного хрящевого матрикса, импрегнированного солями кальция (рис. 3 в). В губчатом веществе межбалочное пространство среди тонких костных балок заполнял жировой костный мозг обычного строения.

Гистологическая картина удаленного образования пяточной области соответствовала остеохондроме без признаков роста.

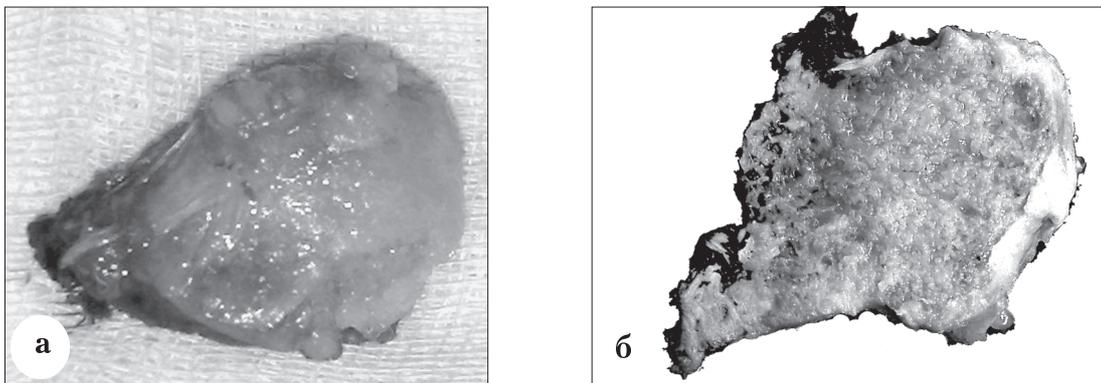


Рис. 2. Удалённая опухоль: а – внешний вид; б – удалённая опухоль на разрезе

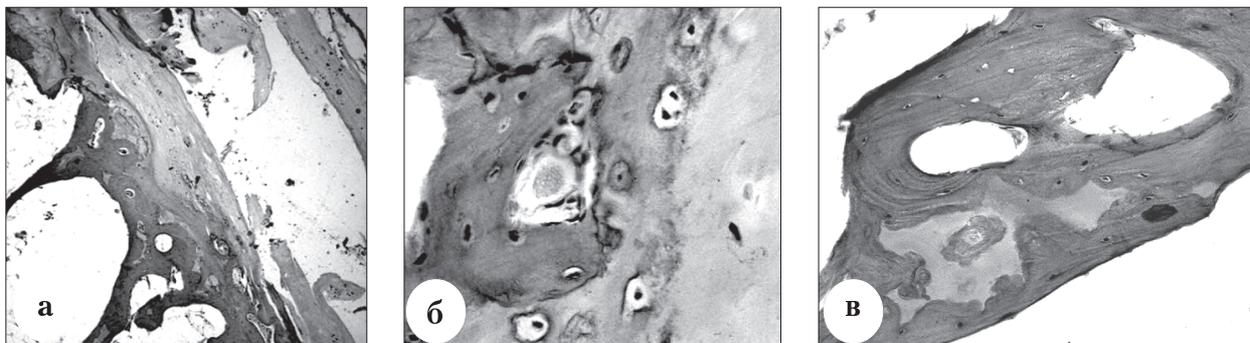


Рис. 3. Гистологическая картина удалённой опухоли: а – разволокнённый гиалиновоподобный хрящ без зонального строения; б – врастание капилляров в хрящ и отложение остеоида; в – островки бесклеточного хрящевого матрикса

## Заключение

При относительно редкой встречаемости опухоли стопы чрезвычайно полиморфны, что часто (как и в описанном наблюдении) приводит к их неправильной диагностике. Пациенты с подобной патологией требуют тщательного обследования при участии онкологов и подиатров.

## Литература

1. Веснин, А.Г. Атлас лучевой диагностики опухолей опорно-двигательного аппарата. Ч. 1. Опухоли скелета / А.Г. Веснин, И.И. Семёнов. — СПб. : Невский диалект, 2002. — 181 с.
2. Волков, М.В. Болезни костей у детей / М.В. Волков. — М. : Медицина, 1985. — 511 с.
3. Рейнберг, С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов / С.А. Рейнберг. — М. : Медицина, 1964. — 394 с.
4. Тарасов, А.Н. Некоторые аспекты диагностики опухолей стопы и голеностопного сустава / А.Н. Тарасов // Травматология и ортопедия России. — 2008. — № 2 (приложение). — С. 136.
5. Adler, C.-P. Primary bone tumors and tumorous condition in children / C.-P. Adler, R. Kozlowski. — N.-Y. : Springer-Verlag, 1993. — 267 p.
6. Blitz, N.M. Giant solitary osteochondroma of the inferior medial calcaneal tubercle: a case report and review of the literature / N.M. Blitz, K.T. Lopez // J. Foot Ankle Surg. — 2008. — Vol. 47, N 3. — P. 206—212.
7. Calcaneal osteochondroma / I. Akmaz [et al.] // J. Am. Podiatr. Med. Assoc. - 2004. — Vol. 94, N 4. — P. 409—411.
8. Calcaneal osteochondroma / R. Skinner [et al.] // J. Okla State Med. Assoc. - 2007. — Vol. 100, N 4. — P. 120—124.
9. Malik, R. Transformation of solitary osteochondroma calcaneum to chondrosarcoma — a case report / R. Malik, N. Kapoor / Indian J. Pathol. Microbiol. — 2004. — Vol. 47, N 1. — P. 42—43.
10. Nogier, A. Case reports: enlargement of a calcaneal osteochondroma after skeletal maturity / A. Nogier, G. De Pinieux, G. Hottya, P. Anract // Clin. Orthop. - 2006. — N 447. — P. 260—266.
11. Sugawara, M. Limb-sparing surgery for a calcaneal chondrosarcoma transformed from a solitary osteochondroma / M. Sugawara, T. Osanai, T. Tsuchiya, N. Kikuchi // J. Orthop. Sci. — 2009. — Vol. 14, N 1. — P. 100—102.

### Контактная информация:

Засульский Филипп Юрьевич, к.м.н. ведущий научный сотрудник отдела восстановительной хирургии и костной онкологии  
e-mail: herihor@rambler.ru

## THE CASE OF CALCANEAL OSTEOCHONDROMA

Ph.Yu. Zasulsky, M.Yu. Zaytseva, A.M. Privalov