

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.718.5-002.951.21-036.87-089

Н.Н.Павленко, Л.А.Кесов, Т.Д.Максюшина, Д.Ю.Сумин, А.С.Краснов

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

ФГУ «Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий»
(дир. — проф. И.А.Норкин)

Ключевые слова: эхинококкоз, клиника, хирургическое лечение.

Эхинококкоз костей встречается достаточно редко — 1–3% от всех локализаций [1–4].

Клинические проявления эхинококкоза костей не специфичны. В длинных трубчатых костях процесс начинается в эпиметафизарной зоне, а затем может распространяться на диафиз. Длительное время течение заболевания оказывается бессимптомным. Диагноз устанавливается с появлением боли в области пораженной кости, припухлости, ограничения функции близлежащих суставов. Рентгенологически определяется мелкокосотовый или сетчатый рисунок костной ткани. Границы участка поражения нечетки, расплывчатые, периостальные разрастания могут быть незначительными. Однако эти признаки не являются патогномоничными для эхинококкоза [1–4]. Рецидив эхинококкоза длинных костей конечностей явление достаточно редкое.

Приводим редкий случай наблюдения рецидива эхинококкоза большеберцовой кости.

Больная Ч., 1949 г. рождения, 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. С диагнозом эхинококкоз проксимального отдела большеберцовой кости направлена в СарНИИТО. 10.11.1992 г. выполнена операция — открытая биопсия, краевая резекция верхней трети левой большеберцовой кости, удаление патологической ткани, замещение дефекта аутооттрансплантатами (из крыла подвздошной кости). Иммобилизация гипсовым сапожком. Гистологическое заключение — хитиновая оболочка пузыря, крючки эхинококка. В 2005 г. больная отметила появление боли в левом коленном суставе, обратилась к врачу. При рентгенографии левой голени (31.06.2005 г.) выявлен продолженный рост эхинококка (рис. 1). Больной предложено оперативное лечение. 15.11.2006 г. больная обратилась в СарНИИТО и была госпитализирована по поводу рецидива эхинококкоза большеберцовой кости.

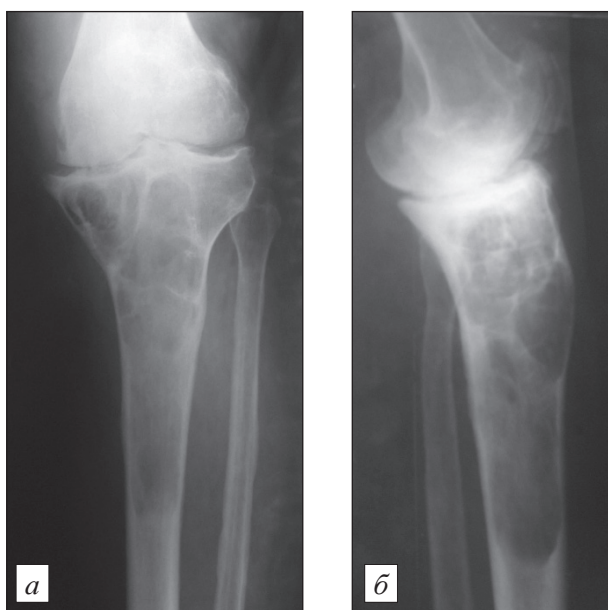


Рис. 1. Рентгенограммы больной Ч., 1949 г. р. до операции.

При обследовании 22.11. 2006 г. — выявлены антитела к антигенам эхинококка при разведении 2:4.

Компьютерное исследование от 15.11.2006 г. (рис. 2) проводилось срезами толщиной 5,0 мм без контрастного

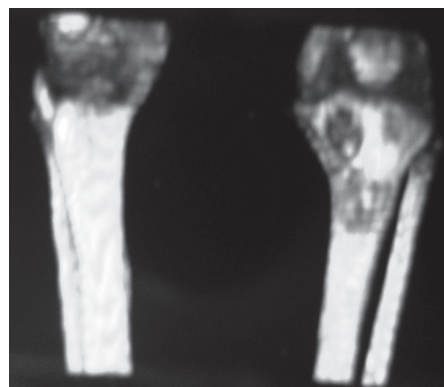


Рис. 2. Компьютерное исследование верхней трети левой большеберцовой кости до операции.



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

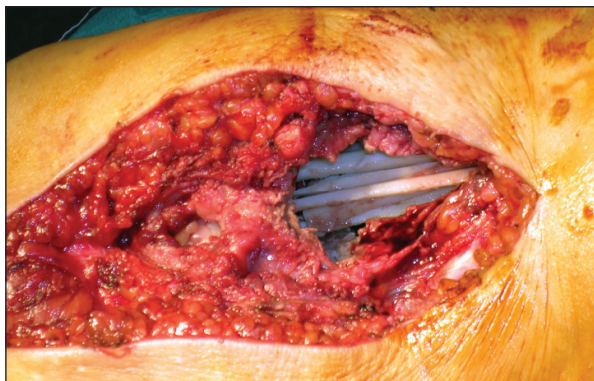


Рис. 4. Дефект большеберцовой кости заполнен кортикальными аллотрансплантатами по типу «хвостанки хвостанки».



Рис. 5. Рентгенограммы той же больной после операции.

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 мягкотканное 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 округлых пузырей, размером 46,2×24,7 мм, определяется по переднезадней поверхнос-

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

28.11.2006 г. выполнена операция под спинномозговой анестезией — открытая биопсия, краевая резекция верхней трети левой большеберцовой кости, удаление патологической ткани (рис. 3), замещение дефекта костными аллотрансплантатами по типу «хвостанки хвостанки» (рис. 4).

Заживление раны первичным натяжением, иммобилизация левой нижней конечности задней гипсовой лонгетой. Через 1 год 5 мес после операции перестройка костных аллотрансплантатов продолжается (рис. 5). Больная пользуется съемной гипсовой лонгетой, дозированно нагружая левую нижнюю конечность с помощью костылей.

Таким образом, даже тщательное хирургическое удаление патологического очага и назначение медикаментозной терапии не гарантируют рецидива эхинококкоза. Хирург должен помнить о возможном рецидиве эхинококкового поражения длинных трубчатых костей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни» // *Анналы хир.*— 2004.— № 2.— С. 73–76.
2. Гилевич Ю.С., Вафин А.З., Гилевич М.Ю. К определению понятия «рецидивный эхинококкоз» // *Вестн. хир.*— 1984.— № 4.— С. 71–73.
3. Еникеева Р.А., Мирганиев Ш.М. К рентгенодиагностике эхинококкоза костей // *Вестн. рентгенол. и радиол.*— 1984.— № 3.— С. 27–30.
4. Марин И.М., Байрак В.Г. Рентгенологическая диагностика эхинококкоза костей // *Вестн. рентгенол. и радиол.*— 1989.— № 6.— С. 20–24.

Поступила в редакцию 04.05.2008 г.