

АНЕВРИЗМАЛЬНАЯ КИСТА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

История болезни: В отделение травматологии КМДКЛ №2 поступил мальчик 12 лет, считает себя больным с 2008 года, когда впервые после рентгенологического исследования был выявлен перелом плечевой кости на фоне патологически измененной костной структуры. Ребенку проведено консервативное лечение, гипсовая иммобилизация. В последующем патологические переломы правой плечевой кости повторялись три раза (последний в декабре 2012 года). 21.03 2013 ребенок поступил в стационар, где после обследования и установления диагноза было выполнено оперативное вмешательство — внутрикостная резекция патологического очага правой плечевой кости и пластика аллокостью «Тутопласт». Послеоперационный период протекал без осложнений. Диагноз был подтвержден рентгенологически и гистологически.

05.04.2013 пациенту были сняты швы, на следующий день ребенок был выписан в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения по месту проживания. Ребенку были даны рекомендации общего характера: раз в полгода обследование с рентген-УЗИ-КТ-контролем для определения характера репаративных изменений в месте удаления очага. Расширения двигательного режима по рекомендациям детского ортопеда.

Контрольные консультации с выполнением рентгенограмм были выполнены через 2 и 6 месяцев после операции. Клинически и рентгенологически была отмечена положительная динамика.

Данные гистологии: дата операции и биопсии — 22.03.2013; орган — диафиз плечевой кости.

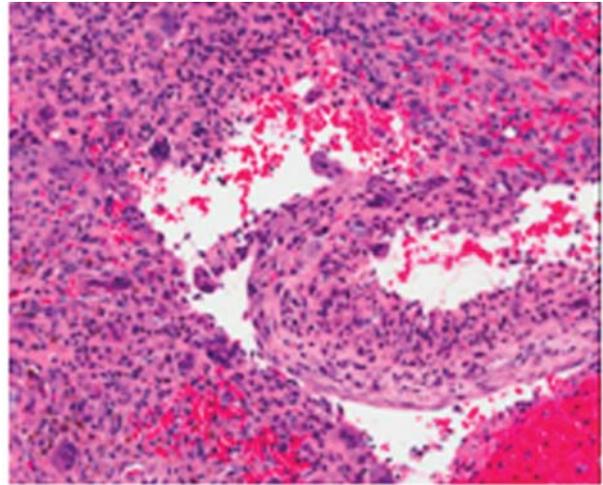


Рис. 1. Микропрепарат гистологического исследования

Гистопатология: Материал представлен мелкими фрагментами фиброзной и костной ткани. Фиброзная ткань образует более и менее плотные тяжи в виде капсулярно-септальных структур. Фиброзная септа, присутствующая в биоптате, построена из зрелой гипоцеллюлярной фиброзной ткани с редко расположенными мелкими сосудами капиллярного типа. В некоторых местах встречаются небольшие участки геморрагической инфильтрации. Элементы какой-либо опухоли в срезах из ткани биоптата не выявлены.

Заключение. Аневризмальная киста кости, стадия стабилизации.



рис. 2.



рис. 3 а



рис. 3 б



рис. 4

Рис.2. Рентгенограмма правой плечевой кости, 2008 г. Патологический перелом диафиза плечевой кости на фоне костной кисты. В диафизе правой плечевой кости определяется участок литической деструкции, в средней трети кость утолщена в поперечнике за счет вздутия

Рис.3. Рентгенограмма правой плечевой кости, 2010 г. а — повторный патологический перелом диафиза плечевой кости на фоне костной кисты; б — изменения в динамике

Рис.4. Рентгенограмма правой плечевой кости, 2011 г. Динамика развития костной кисты. После переломов: в средней трети сохраняется вздутие кости, контуры кортикального слоя истончены, структура неоднородная, с наличием перегородок



рис. 5



рис. 6



рис. 7



рис. 8



рис. 9

Рис.5. Рентгенограмма правой плечевой кости, 12.12.2012. Повторный патологический перелом диафиза плечевой кости на фоне костной кисты. Определяется образование костных трабекул

Рис.6. Рентгенограмма правой плечевой кости, 21.03.2013. Состояние перед операцией

Рис.7. Рентгенограмма правой плечевой кости, 27.03.2013. Снимок в гипсе. Выполнена внутрикостная резекция патологического очага правой плечевой кости и пластика аллокостью «Тутопласт»

Рис.8. Рентгенограмма правой плечевой кости через 2 мес. после операции. Динамика положительная. Отмечаются начальные признаки перестройки имплантатов в виде размытия контуров и изменения в структуре имплантатов

Рис.9. Рентгенограмма правой плечевой кости через 6 мес. после операции, 10.09.2013. Динамика положительная. Выражена перестройка имплантатов, изменения их в структуре, начальные признаки функциональной перестройки костной ткани

Литературная справка

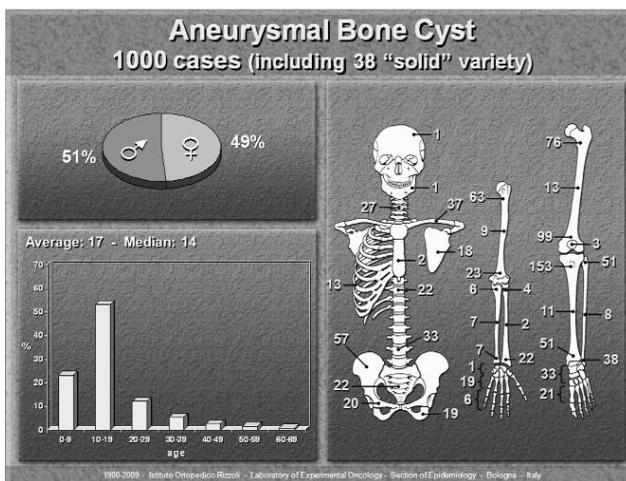


Рис. 10. Аневризмальная киста.
Статистические данные

Аневризматическая костная киста (АКК) — доброкачественное опухолеподобное образование, встречающееся приблизительно в 1-2% от всех новообразований костной системы. Как самостоятельная нозологическая форма это заболевание выделено в 1942 г. Н. Jaffe и L. Lichtenstein.

АКК встречается с одинаковой частотой у лиц мужского и женского пола в возрасте от 10 до 30 лет. Патогенез этого заболевания представляет собой совокупность сложных репаративных и диспластических процессов, характеризующихся наличием в кости расширенных сосудистых пространств, заполненных кровью или сходной с сывороткой крови жидкостью. В развитии АКК выделяют несколько фаз. В агрессивной фазе происходит резорбция костной ткани и замещение ее фиброзной, испещренной множеством кровяных полостей различных размеров с циркулирующей, а не застойной кровью. Активная фаза сопровождается превращением соединительной ткани в остеоидное вещество, редкие хрящевые и костные перегородки и пластиночки, которые состоят из активных фибробластов. Неактивная фаза характеризуется замедлением патологических процессов в костной ткани и длительным латентным течением. Именно морфологические процессы, происходящие в костной ткани на различных этапах формирования кисты, объясняют клиническое течение и особенности рентгеновской семиотики данного заболевания.

Клиника АКК обычно проявляется локальной болезненностью и припухлостью в области патологического очага. Гораздо реже встречается бессимптомное течение, при котором опухолевидное образование кости обнаруживается случайно при пальпа-

ции. Во всех случаях лабораторные тесты остаются в пределах нормы.

Принято считать, что наиболее типична рентгенологическая картина АКК в метафизах или метадиафизах длинных трубчатых костей и позвоночнике. Для нее характерно образование костного дефекта, расположенного эксцентрично. Кортикальный слой истончается, а затем разрушается. В этой области образуется кистовидное выпячивание, четко отграниченное от окружающих мягких тканей тонкой пластинкой, образованной периостом. Внутри этого выпячивания определяются тонкие редкие перегородки, разделяющие его на отдельные полости, которые на компьютерных томограммах представлены множественными разнокалиберными горизонтальными уровнями жидкости, обусловленными структурой опухолеподобного образования

Как правило, рентгеновская картина меняется в зависимости от длительности существования и локализации АКК. По мере развития заболевания деструкция распространяется на костно-мозговой канал, приводя к разрушению всего цилиндра кости. Вздутие кости, отграничение патологического очага от окружающих мягких тканей периостальной пластинкой, а также наличие множественных горизонтальных уровней жидкости на компьютерных томограммах позволяет исключить злокачественную опухоль и установить правильный диагноз АКК.

При поражении малоберцовой, лучевой костей и ребер патологический очаг располагается централь-

но и имеет вид массивного вздутия шаровидной или веретенообразной формы. Кортикальный слой истончен изнутри, приподнят. Костный дефект постепенно претерпевает изменения от гомогенного просветления до формирования сотового рисунка, что характерно для гигантоклеточной опухоли. В таких случаях неизбежно возникают дифференциально-диагностические трудности. Окончательную ясность вносит только гистологическое исследование. Кроме описанных выше, встречаются варианты поднадкостничного формирования АКК, при котором рентгенологически не определяется разрушение костной ткани. Отмечается лишь незначительное истончение и оттеснение коркового слоя.

“Учитывая столь разнообразную рентгеновскую картину АКК, с целью дифференциальной диагностики необходимо дополнять обследование больного компьютерной томографией. Следует отметить, что ни один из перечисленных методов обследования не имеет решающего значения в установлении окончательного диагноза АКК. Лишь совокупность клинико-рентгенологических данных с морфологическим исследованием позволяет достоверно судить об истинной природе этого заболевания, а значит избрать наиболее рациональный метод лечения. Наиболее распространенным является хирургический, обеспечивающий длительный стойкий эффект.”
(Новости лучевой диагностики 2001 1-2: 22-24)

Ю.В. Ищук, П.В. Малёна, г. Киев

НОВІ КНИГИ



УДК: 616053.2073.7

ББК 57.3

У69

Урина Л.К.

Опыт лучевой диагностики в педиатрии (наблюдения из практики). —

К.: Медицина Украины, 2009. — 124 с.

В сборнике обобщен многолетний опыт работы автора, а также данные отечественной и зарубежной литературы в области применения рентгенологического и ультразвукового методов диагностики преимущественно в педиатрической практике.

Назначение сборника — оказание практической помощи врачам по вопросам организации работы в рентгенкабинете детского лечебно-профилактического учреждения, выбора необходимого метода обследования детей в конкретной клинической ситуации, особенностей обследования детей и путей снижения лучевой нагрузки во время рентгенологического обследования. В сборнике представлен опыт работы автора на первом отечественном цифровом рентгенодиагностическом аппарате.

Представленные работы посвящены диагностике острых воспалительных заболеваний легких и синусопневмопатий, порокам развития желудочно-кишечного тракта, патологии опорно-двигательного аппарата, в частности дисплазии тазобедренных суставов. Подробно изложена методика обследования

детей при различных патологических процессах, обращено особое внимание на функциональные изменения, а также ошибки, которые допускаются при диагностике. Приведены результаты ультразвукового скрининга — дисплазии тазобедренных суставов.

Комплектация автоматизированного рабочего места врача-рентгенолога ультразвуковым аппаратом позволила автору представить первый опыт комплексного исследования патологии опорно-двигательного аппарата.

Практически все лекции и статьи были опубликованы в журнале "Радіологічний вісник", три работы были представлены на международных форумах.

Книга рассчитана на широкий круг врачей-педиатров, рентгенологов, врачей ультразвуковой диагностики, ортопедов, работающих в детской сети на этапе первичной диагностики.

Заказать книгу можно по телефону: +38044 503-04-39