

АНЕВРИЗМАЛЬНАЯ КОСТНАЯ КИСТА ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КИСТИ И СТОПЫ

Случай 1. Пациентка Ф., 5 лет, поступила в клинику детской ортопедии Института патологии позвоночника и суставов (ИППС) им. проф. М.И. Ситенко с жалобами на боли в области I плюсневой кости левой стопы при физической нагрузке. Со слов матери ребенок болен около 2 недель. Начало заболевания связывается с травмой, после которой выявилось опухолевидное образование в указанной области. При осмотре обращало на себя внимание, что ребен-

нок щадит левую нижнюю конечность при ходьбе, область I плюсневой кости увеличена в объеме.

Данные лабораторных исследований – в клиническом анализе крови патологии не выявлено, в биохимическом исследовании крови отмечается повышение щелочной фосфатазы до 5 ед/л и хондроитинсульфатов до 133 г/л.

Пациентке было проведено рентгенологическое исследование (рис.1).

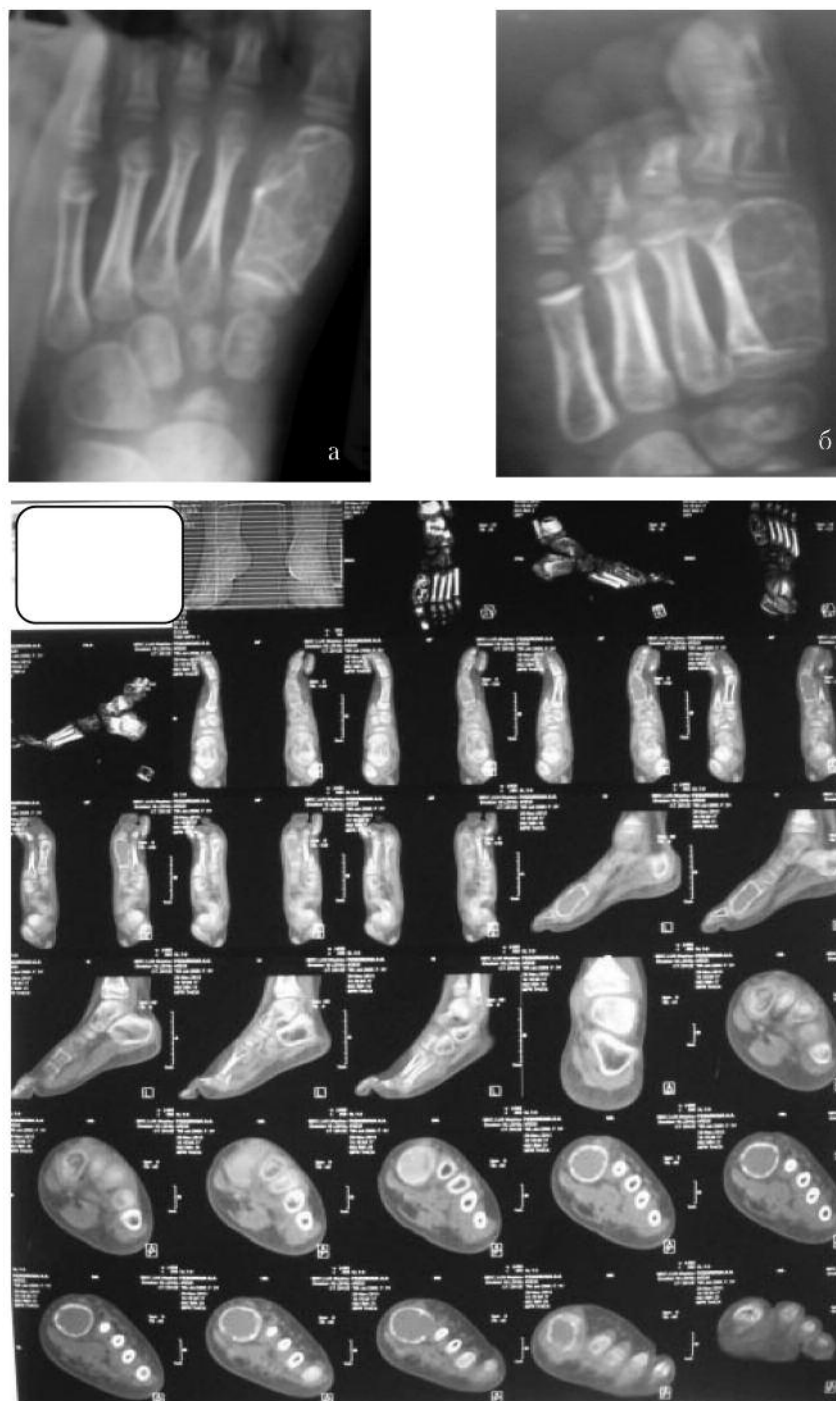


Рис. 1. На рентгенограммах левой стопы (а, б) и компьютерной томограмме (в) в диафизе и головке I плюсневой кости определяется участок деструкции ячеистой структуры, кость утолщена за счет вздутия. Заключение: Энхондрома? Аневризмальная киста?

После клинко-рентгенологического исследования пациентке был поставлен предварительный диагноз – опухолевидное образование (гигантоклеточная опухоль? аневризмальная костная киста?), хотя локализация для данных образований не является типичной. С целью уточнения диагноза выполнена пункционная биопсия.

При исследовании материала из патологического очага I плюсневой кости левой стопы макроскопически выявлены фрагменты ткани буроватого цвета с костными вкраплениями. При микроскопическом исследовании наблюдаются разрастания ткани новообразования из одноядерных остеобластоподобных клеток, кровяных кист и гигантских много-

ядерных клеток, множественных фиброзных перегородок, содержащих трабекулы кости.

Заключение: изменения типичны для аневризмальной костной кисты.

После проведения комплексного обследования пациентке был поставлен диагноз: аневризмальная костная киста I плюсневой кости, фаза остеолiza.

Проведено хирургическое лечение – субтотальная резекция I плюсневой кости вместе с кистой, замещение пострезекционного дефекта алло- и ауто трансплантатом (участок малоберцовой кости). Проведено рентгенологическое исследование через 2 мес. после хирургического вмешательства (рис. 2).

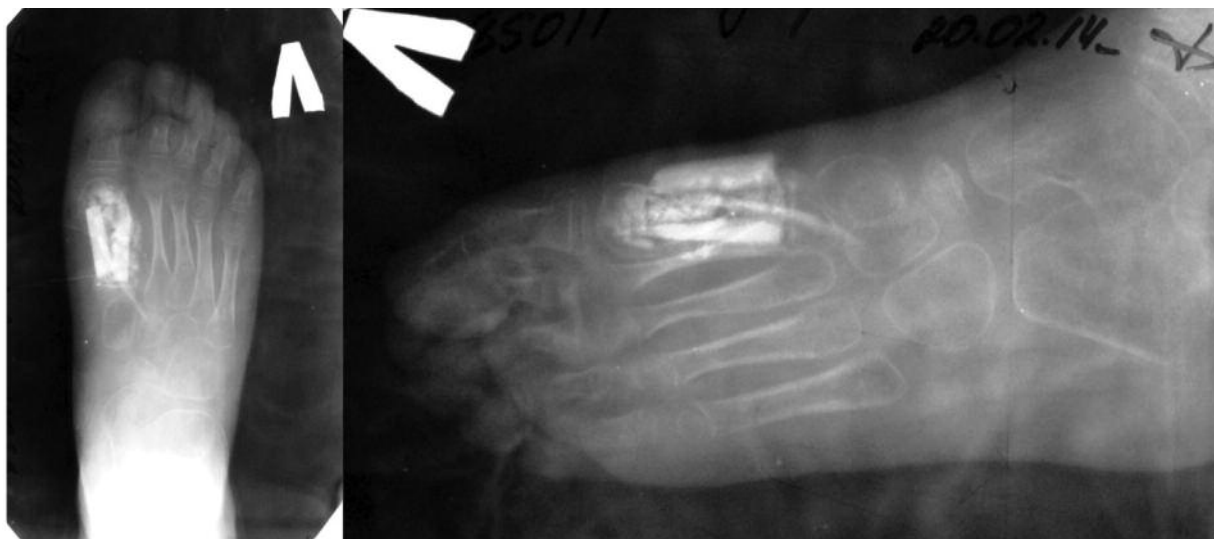


Рис. 2. На контрольных рентгенограммах левой стопы пострезекционный дефект I плюсневой кости замещен трансплантатом, определяются начальные признаки его перестройки. Диффузный остеопороз костей стопы.

Случай 2. Пациентка С., 15 лет, поступила в клинику детской ортопедии ИППС с жалобами на боли, припухлость в области V пястной кости левой кисти. Боли появились без видимой причины. Проведенное по месту жительства лечение гипсовой повязкой было неэффективно. В течение 3-х месяцев размеры патологического образования увеличивались. Пациентке проводилось рентгенологическое исследование (рис. 3).

После клинко-рентгенологического обследования в ИППС был поставлен предварительный диагноз: Гигантоклеточная опухоль (литическая форма)? Аневризмальная костная киста? С целью уточнения диагноза была проведена открытая биопсия. При гистологическом исследовании выявлены изменения, характерные для аневризмальной кисты.



а



б

Рис. 3. На рентгенограммах левой кисти определяется участок деструкции на всем протяжении диафиза V пястной кости без четких контуров (а), в динамике через 2 месяца – остеолиз указанной кости, осложненный патологическим переломом (б)

