

УДК 616.718.5-006.34-053.2

АТИПИЧНЫЙ ВАРИАНТ АНЕВРИЗМАЛЬНОЙ КОСТНОЙ КИСТЫ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Н.С. Лысенко¹, В.В. Баев²¹Харьковская медицинская академия последипломного образования²ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко»

г. Харьков

Пациентка С., 14 лет, поступила в клинику детской ортопедии Института патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко с жалобами на боль в правой голени, возникающую при физической нагрузке, а часто и в ночное время; увеличение голени в объеме, хромоту. Считает себя больной несколько месяцев с момента, когда впервые появилась боль в голени; 1 месяц назад имела место травма конечности, после чего пациентка отмечает усиление боли, появление припухлости.

При направлении в Институт пациентке был поставлен предварительный диагноз: Очаговая форма фиброзной дисплазии правой большеберцовой кости; диагноз при поступлении в клинику: Опухолевидное образование (остеосаркома?) верхней 1/3 правой большеберцовой кости. По данным лабораторных исследований в клиническом анализе крови патологии не выявлено, при биохимическом исследовании крови отмечается повышение щелочной фосфатазы до 6 ед./л и хондроитинсульфатов до 140 г/л.

Пациентке проведено рентгенологическое исследование (рис. 1).

Кроме того, ребенку была проведена компьютерная томография правой голени с контрастным уси-

лением (рис. 2), где отмечалось наличие гиперваскуляризации патологического очага, выраженный мягкотканый компонент на уровне образования, в связи с чем было заподозрено наличие инфильтративной опухоли (остеогенной саркомы) большеберцовой кости.

Для верификации диагноза выполнена пункционная биопсия патологического образования. При исследовании полученного материала выявлена сложная гистологическая картина. Изменения были трактованы как характерные для остеогенной саркомы, однако при повторном изучении того же препарата другим специалистом было высказано мнение о наличии аневризмальной костной кисты.

После комплексного клиничко-рентгенологического и лабораторного исследования, а также консультации онколога пациентке был поставлен диагноз: Остеогенная саркома проксимальных 2/3 правой большеберцовой кости, T2NoMo, II стадия, II клиническая группа.

Проведено хирургическое лечение – резекция верхней 1/3 диафиза правой большеберцовой кости, удаление патологического очага в мягких тканях, замещение пострезекционного дефекта костным аллотрансплантатом (рис. 3). Материал, полученный во время хирургического вмешательства, был отправлен на повторное гистологическое исследование, после чего был поставлен окончательный диагноз: Аневризмальная костная киста правой большеберцовой кости (солидный вариант).

Литературная справка

Аневризмальная костная киста – монооссальная форма остеодистрофического процесса, возникающего, как правило, после травмы или без видимой причины. Заболевание выделено из группы гигантоклеточных опухолей. Образование состоит из заполненных кровью полостей, разделенных перегородками. Характерная локализация – диафизы длинных костей (плечевая, бедренная, большеберцовая), тело и дуга позвонка, реже наблюдается и нетипичная локализация кисты – пястные и плюсневые кости, проксимальный отдел бедренной кости (головка и шейка). В течении заболевания выделяют 3 стадии – остеолитическую, отграничения (стабилизации, затихания) и восстановления (заживления, исхода). Клинически в первой стадии заболевания отмечается локальная болезненность, припухлость на уровне поражения. На рентгенограммах определяется литическая деструкция пораженной кости, разрушение кортикального слоя, увеличение в объеме параоссальных мягких тканей, могут быть периостальные наслоения (картина напоминает инфильтративное опухолевое образование). В последующих стадиях



Рис. 1. На рентгенограммах правой голени в верхней 1/3 диафиза, преимущественно по задне-медиальной поверхности большеберцовой кости, определяется участок деструкции ячеистой структуры, кость утолщена за счет вздутия, кортикальный слой резко истончен. Заключение: Очаговая форма фиброзной дисплазии? Аневризмальная киста? правой большеберцовой кости

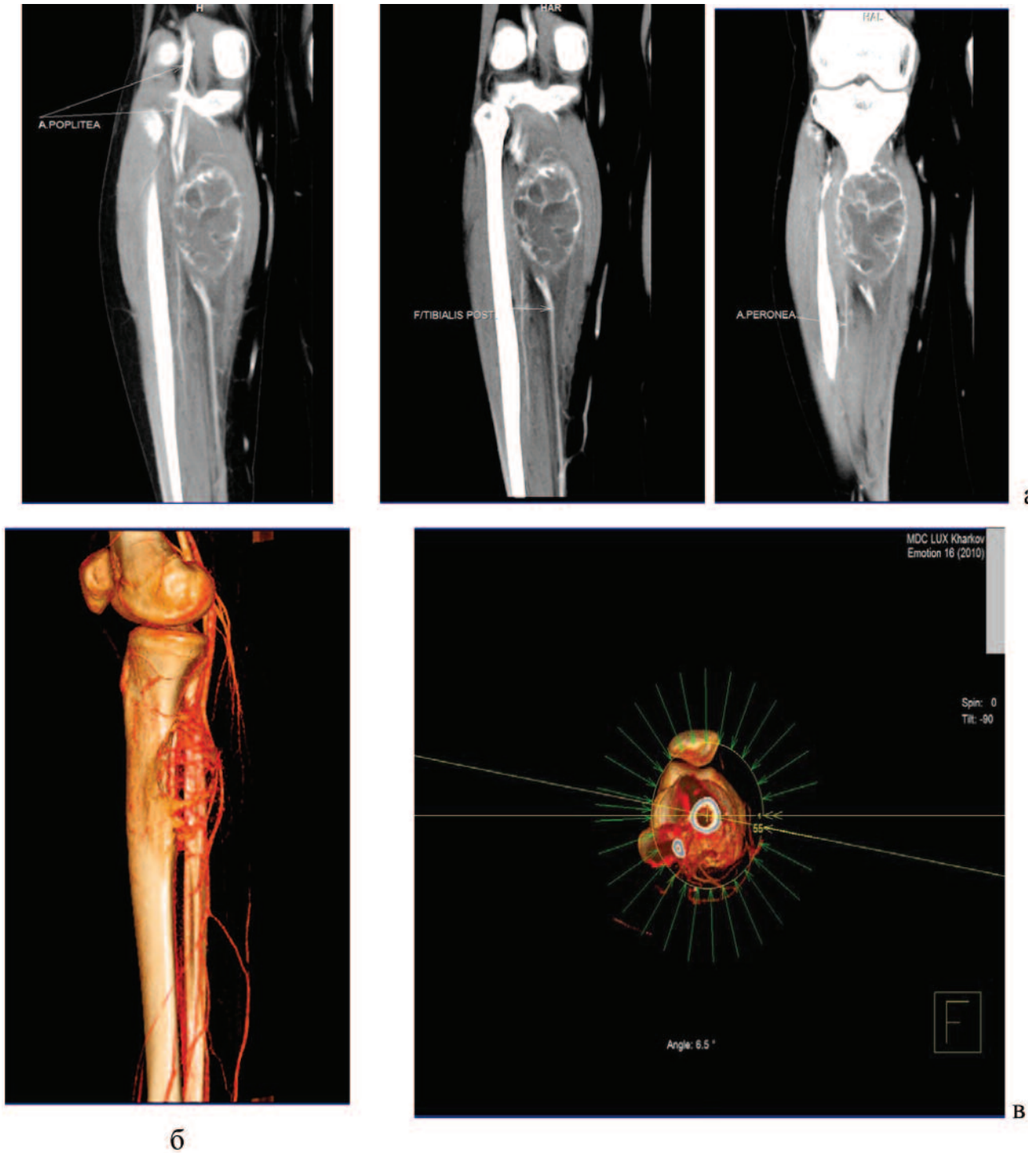


Рис. 2. На компьютерных томограммах – фронтальных сканах (а), сагитальной (б) и аксиальной (в) 3D-реконструкциях визуализируется опухолевидное образование большеберцовой кости, отмечается обильная его гиперваскуляризация из вновь образованных сосудов, отходящих от магистральных артерий нижней конечности

на рентгенограммах контуры образования становятся более четкими, отмечается ассимиляция периостальных наслоений, постепенное восстановление костной структуры, однако полной ее нормализации не наблюдается. Длительность заболевания, как правило, несколько лет; малигнизация не характерна. Особое место среди костных кист занимает относительно новый вид: солидный вариант аневризмальной костной кисты. Некоторые авторы склонны считать его опухолью, а не кистой. Ни клинически, ни рентгенологически солидный вариант аневризмальной

костной кисты не похож ни на один вид кисты кости: клинически, рентгенологически и макроскопически это похоже на довольно активно растущую опухоль, разрушающую кость значительно более активно, чем кисты. Очевидно, имеются различные виды солидного варианта аневризмальной костной кисты. При одном из них разрушается кортикальный слой кости и часть ее, иногда довольно значительная, находится в мягких тканях. В Институте Rizzoli (Болонья, Италия) "новый" вид поражения получил название «солидный вариант аневризмальной кос-



Рис. 3. На контрольных рентгенограммах правой голени в двух проекциях послеоперационный дефект верхней 1/3 диафиза большеберцовой кости замещен костным трансплантатом, фиксированным двумя металлическими винтами. Дистальнее уровня резекции сохраняется участок вздутия кости

тной кисты» и подразделяется на три стадии: стадия I — сомнительная, стадия II — активная, стадия III — агрессивная. Этот вид поражения кости характеризуется болью, иногда довольно сильной и постоян-

ной, деструкцией кости различной выраженности. Рентгенологически и клинически очаги поражения имеют вид литических очагов, распространяющихся во все стороны, что делает их не похожими на аневризмальные, а тем более солитарные юношеские кисты. Макроскопически обнаруживается белая с желтоватым или сероватым оттенком ткань. Кисты (полости с жидкостью) как таковой нет; характерные для аневризмальных кист фиброзные с гемосидеринном сгустки отсутствуют — видна только ткань, могут иногда встречаться мелкие кистозные полости, которые, однако, не позволяют уверенно называть все образование кистой. F. Bertoni и др. (1993) на основании рентгенологической картины 3 больных не смогли провести дифференциальную диагностику и установить, к какому виду опухоли — доброкачественной или злокачественной — относится образование — вариант костной кисты, который более часто рецидивирует после оперативных вмешательств. Это позволяет предполагать наличие особого вида опухоли. Патологоанатомы косвенно подтверждают это, так как проводят дифференциальный диагноз с гигантоклеточной опухолью, аневризмальной кистой и даже с телеангиэктатической остеосаркомой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бургенер Ф.А., Кормано М., Пудас Т. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов: руководство, атлас / Пер. с англ. В.В. Пожарского; под ред. С.К.Тернового, А.И. Шехтера. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 552 с.
2. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. М.: Медицина, 2001. — 640 с.
3. Променева діагностика / За ред. Г.Ю.Коваль. - К.: Медицина України, 2009. — Т.2. — 640 с.
4. Спужак М.І. Розширені лекції з рентгенодіагностики захворювань системи опори та руху. — Харків, 2009. — 295 с.
5. Barrett T.J., Beall D.P., Ly J.Q., Davis S.W. Cortical aneurysmal bone cyst of the tibia // AJR. — 2004. — 182. — 740.
6. Bertoni F., Bacchini P., Capanna R. et al. Solid variant of aneurysmal bone cyst // Cancer. — 1993 Feb. — 1. — 71(3). — P. 729-734.