

СЛУЧАЙ ЭХИНОКОККОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Э.С. Мирзоев¹, Н.Э. Мирзоев²

¹ Дагестанская государственная медицинская академия,
ректор – д.м.н. профессор А.О. Османов
г. Махачкала

² ФГУ «Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
им. Р.Р. Вредена Росмедтехнологий»,
директор – д.м.н. профессор Р.М. Тихилов
Санкт-Петербург

Представлен случай поражения эхинококком диафиза плечевой кости. Описана клиническая и рентгенологическая картина заболевания. Приведены техника операции и результаты лечения.

Ключевые слова: эхинококковое поражение, плечевая кость, хирургическое лечение.

The case of echinococcosis of humeral diaphysis is presented. The author describes clinical presentation and roentgenological picture, surgical technique and the results of treatment.

Key words: echinococcosis, humerus, surgical treatment.

Поражение скелета опорно-двигательного аппарата эхинококковым паразитом относится к редким казуистическим случаям. В литературе описано всего около тысячи случаев поражения костей эхинококком. Излюбленным местом поражения является позвоночник – более 40%, костей тазового кольца – 30%, другие отделы скелета – около 30% приходится на бедренную, большеберцовую плечевую и другие кости с локализацией в метаэпифизарных отделах [1–3].

В доступной литературе сообщений о локализации эхинококкового паразита в диафизах длинных трубчатых костей не обнаружено. Как известно, эхинококковое поражение скелета, в отличие от поражения мягких тканей (печени, лёгких и т.д.), имеет свои особенности. Если в мягких тканях эхинококк развивается равномерно во все стороны, то есть растёт экспансивно и поэтому имеет правильную сферическую форму, то при поражении костей наблюдаются совершенно другие закономерности. В костях гнездится исключительно однокамерный эхинококк вследствие препятствия со стороны прочных костных трабекул. Оболочка растущего паразита разрывается, и происходит обсеменение костной ткани многочисленными дочерними пузырьками, что и создаёт ложное впечатление о многокамерной природе эхинококка. Распространение идёт своеобразным инфильтративным путём и напоминает воспалительное или опухолевое внедрение в окружающие ткани. Эхинококковое поражение костей про-

текает бессимптомно, медленно и длительно. Длительность иногда превышает десятилетия. Неосложнённый эхинококк не вызывает болей, вообще остаётся скрытым, пока деформации не станут видимыми. Эозинофилия в крови бывает не всегда, также как и положительная реакция Касони.

Клиническая картина и течение меняются, когда происходят переломы костей или присоединяется инфекция. В этих случаях повышается температура, появляются припухлость, инфильтрация и отёчность окружающих тканей. Картина осложнённого эхинококка может симулировать самые различные заболевания: от воспалительного до опухолевого процесса. Несмотря на многообразие, рентгенологическая картина не лишена некоторых довольно характерных черт поражения: а) нет массивного рассасывания костного вещества; б) рисунок имеет мелкосотистую сетчатую структуру. Это соответствует тому, что костная ткань пронизывается множеством мелких пузырьков, рассасывающих губчатую ткань, в виде ограниченных мелких, округлых дефектов, сливающихся на снимке друг с другом, но остающихся между собой остатки костных трабекул. Кость вздувается изнутри, корковый слой истончается. Раздражения надкостницы при неосложнённом эхинококке нет. При присоединении гнойной инфекции может возникнуть периостит. Полиморфность течения эхинококка создаёт серьёзные затруднения при диагностике эхинококкового поражения кос-

тей, которое приходится дифференцировать с остеомиелитом, туберкулёзом, люисом, фиброзной дисплазией, гемолитической костной кистой, неврогенной остеоартропатией, миеломой, гемангиомой, метастазами агрессивных опухолей и т. д.

Общеизвестно, что консервативное лечение эффекта не даёт, требуется активное хирургическое вмешательство.

Приводим случай поражения диафиза левой плечевой кости эхинококковым паразитом, осложнённый вторичной инфекцией.

Больной И., 18 лет, поступил в клинику 26.01.09 по направлению районной больницы с диагнозом: остеомиелит левой плечевой кости. Из анамнеза выяснилось, что больным себя считает около года, с тех пор как стал отмечать безболезненную припухлость в области левого плеча. К врачам не обращался. За последние два месяца появились боли, плечо значительно увеличилось в объёме, на нижней трети плеча открылись две точечные раны с обильным гнойным отделяемым. В течение 4 месяцев безуспешно лечился в районной больнице с диагнозом остеомиелит. Общее состояние при поступлении в клинику удовлетворительное. Жалуются на боли в левом плече, ограничение движения в локтевом суставе. Кожные покровы и видимые слизистые бледны, подкожная клетчатка развита плохо. Пульс – 90 ударов в минуту, АД – 115/60 мм. рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное, органы брюшной полости без патологии, кишечник и почки функционируют нормально.

Локально на медиальной поверхности нижней трети левого плеча на 3 см выше локтевого сгиба имеются 2 свищевых хода размерами 0,3×0,4 см и 0,2×0,2 см, идущие снизу вверх и спереди назад с

обильным жидким желто-синим гнойным отделяемым без запаха. Сегмент плеча на 5 см в объёме больше, чем на правой руке. Движения в локтевом суставе ограничены: сгибание 105°, разгибание 140°. Во время перевязки из свищевого хода вышли два дочерних пузыря и несколько опустевших оболочек, что и навело на мысль о наличии нагноившегося эхинококкового паразита. При рентгенологическом обследовании диагноз был подтверждён (рис. 1). В период предоперационной подготовки проводилась санация полости, вместе с гнойным отделяемым выходило много дочерних пузырей и оболочек.

4.02.09 произведена операция: под проводниковым обезболиванием по Кулим-Кампфу по средне-медиальной мышечной борозде в области средней трети плеча рассечены кожа и клетчатка, мышцы разведены «тупо». При ревизии обнаружен дефект диафиза плечевой кости 3×2 см. В рану вышли несколько дочерних пузырей, которые были удалены. Путём трепанации дефект кости расширен до 4×4 см. Из полости удалены хитиновая оболочка и множество дочерних пузырей.

Дефект плечевой кости в виде веретенообразной полости распространялся от проксимального метафиза до дистального. После тщательной внутренней очистки полости последняя обработана растворами перекиси водорода и фурацилином, осушена, затем обработана 40% раствором формалина. Выплены очистка свищевых ходов и дренирование. Послеоперационный период протекал без осложнений. На контрольном осмотре спустя 4 месяца после операции свищевые ходы полностью закрылись. Движения в локтевом суставе – в полном объёме (рис. 2).

Из-за редкости локализации данный клинический случай представляет определённый интерес.

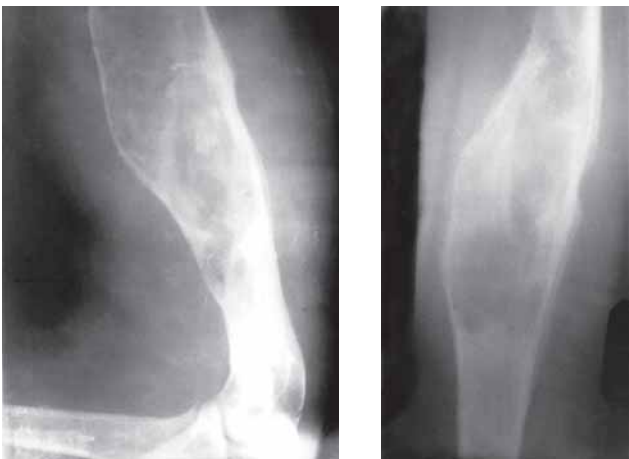


Рис. 1. Рентгенограммы пациента И., 18 лет, при поступлении в клинику



Рис. 2. Рентгенограмма того же пациента спустя 2 месяца после лечения

Литература

1. Абалихин, А.А. К вопросу о костном эхинококке / А.А. Абалихин // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1931. — Т. 8, вып. 1. — С. 45–50.
2. Кардышес, Н.Л. К рентгенодиагностике эхинококка тазовых костей / Н.Л. Кардышес // Вестн. рентгенологии и радиологии. — 1958. — № 5. — С. 72–78.
3. Рейнберг, С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов / С.А. Рейнберг. — М.: Медицина, 1964. — Т. 1. — 530 с.

Контактная информация:

Мирзоев Эмир Саламович – к.м.н. доцент кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ
e-mail: journal@miito.org

THE ECHINOCOCCOSIS OF HUMERAL DIAPHYSIS

E.S. Mirzoev, N.E. Mirzoev

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Российский научно-исследовательский институт травматологии
и ортопедии им. Р.Р. Вредена
в октябре 2010 года проводит ежегодную конференцию

«ВРЕДЕНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

на тему:

«СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КОРРИГИРУЮЩИЕ ОСТЕОТОМИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ»

*С докладами выступают ведущие отечественные
и зарубежные специалисты*

По вопросам участия обращаться:

Шубняков Игорь Иванович

Вишнева Марина Геннадьевна

тел.: (812) 556-08-38

e-mail: vreden2010@mail.ru