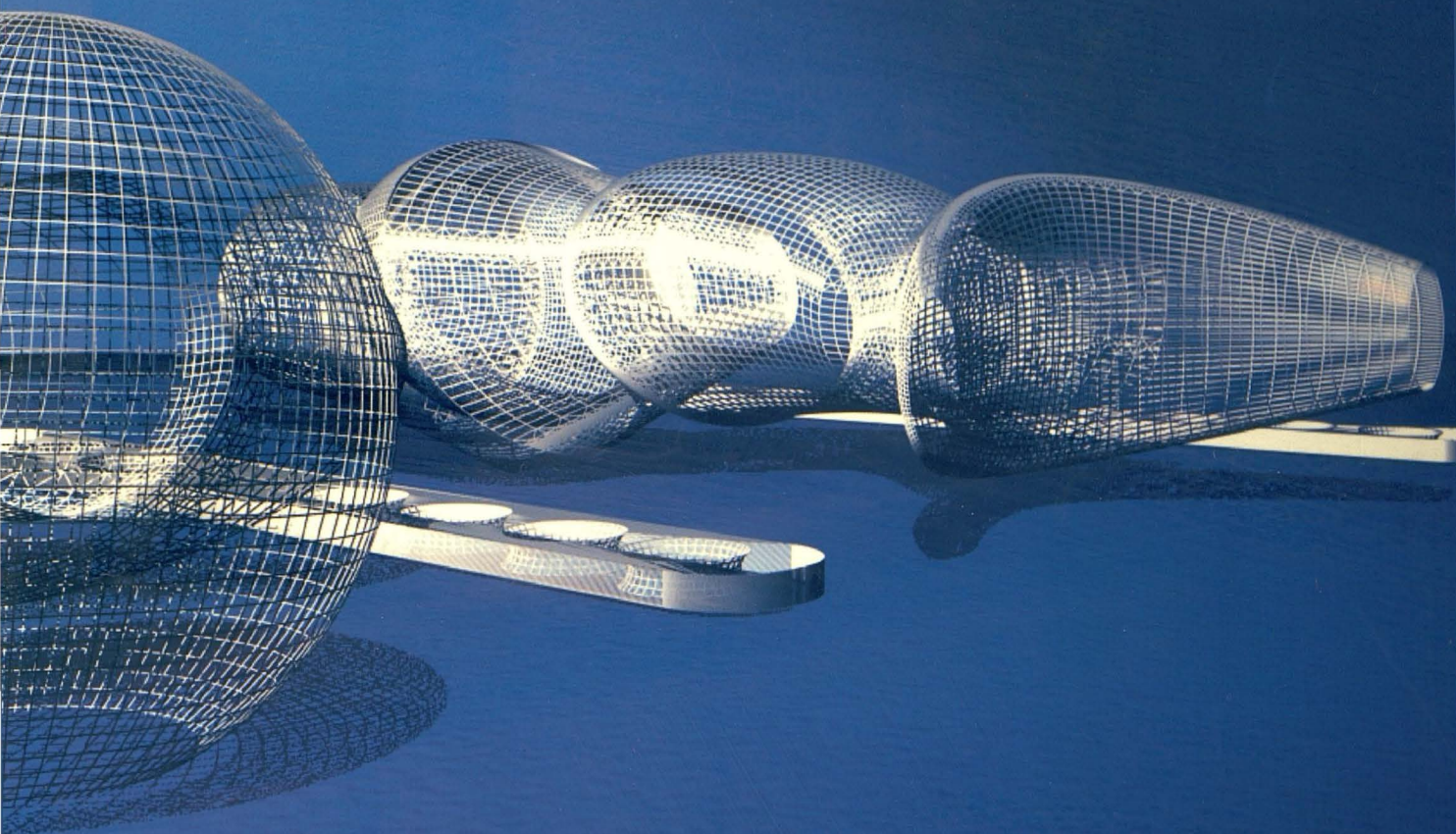


ISSN 1684-9280

# Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



1 / 2005

## ФИБРОЗНАЯ ОСТЕОДИСПЛАЗИЯ

Н.Б. ОРЛОВСКИЙ<sup>1</sup>, А.М. ГУЕВ<sup>2</sup>, М.Н. ОРЛОВСКИЙ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казахская государственная медицинская академия,

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Мақалада фибриозды остеодисплазиясы бар науқастарды оперативті емдеудегі нәтижелер көрсетілген. Дерттің клиникасы, рентгенологиялық көрінісі суреттелген. Клиникалық мысалдармен мүшені сақтаушы операциялардың нәтижелілігі көрсетілген, атап айтқанда сегментті және субтоталды резекция, сүйек жетіспеушілігін ауто трансплантантпен ауыстыру қолайлы нәтижелер берген.

The operative outcomes at patients with fibrous osteodysplasia are represented. The clinic, radiological pictures and morphology are described. On base of the clinical examples, the efficiency of organ protective operations, consisting in segment and subtotal resection with the defect replacement by auto transplant, which result to favorable outcome, has been shown.

Сущность фиброзной остеодисплазии заключается в том, что прежде всего происходит замещение костной ткани волокнистой соединительной тканью. Костная ткань разрушается главным образом путем лакунарного рассасывания и затем воссоздается вновь путем метапластического и остеобластического новообразования костной ткани. Кроме того, жировая и костномозговая ткань исчезают и замещаются фиброзной соединительной тканью [1,2].

Клиника при фиброзной остеодисплазии весьма скудна и не характерна [2,3]. Как правило, пациенты представлены молодыми людьми во втором и третьем десятилетиях, у которых имеется чаще припухлость конечности, иногда деформация, безболезненные или слегка болезненные.

Нередко болезнь выявляется вследствие патологического перелома, когда возникает необходимость рентгенологического контроля.

В анализах крови, мочи и биохимических исследованиях, как правило, все показатели без изменений.

Основным диагностическим тестом в определении фиброзной остеодисплазии является рентгенологическое исследование. Рентгенологическая картина очень характерна. Может быть поражена одна кость, может быть сочетание поражений любых костей. Однако чаще всего наблюдается поражение бедренной кости, большеберцовой кости, плечевой и лучевой костей [3]. Высокий процент поражений приходится на долю ребер. Из плоских костей патологический очаг локализуется в своде черепа и тазовых костях [4].

В длинных трубчатых костях очаг всегда развивается в метафизах и медленно переходит на середину диафиза. Рентгенологически определяется ограниченный участок просветления костной ткани неправильной округлой или овальной формы различных размеров.

Дефект кости или ряд дефектов располагается, как правило, эксцентрично, в корковом слое, под надкостницей. Внутри этих элементов содержатся обызвествления и окостенения в виде стропил, придающих костному участку крупно трабекулярную или ячеистую структуру. Характерным является вздутие коркового слоя и резкое его истончение. Нет никакого активного участия надкостничницы. Учитывая, что процесс развивается еще в детском возрасте, то часты различные метафизарные и диафизарные деформации конечностей [3].

Никогда не отмечается остеопороза или атрофии костной ткани. Иногда наблюдаются патологические переломы [2].

В зависимости от количества пораженных костей выделяют моно- и полиоссальную форму фиброзной остеодисплазии.

Лечение фиброзной дисплазии как правило оперативное. Однако имеются сообщения об эффективности рентгенотерапии [2]. Отмечается, что рентгенотерапия в большинстве случаев дает положительные результаты, но ее не следует использовать в молодом возрасте, да бы не было угнетения ростковых зон. В тоже время отмечается, что при использовании рентгенотерапии в 20% случаев возникает озлокачествление. В то время как без использования рентгенотерапии озлокачествление возникает в 0,4-0,5% случаев [3].

Оперативное лечение направлено на устранение патологического очага и восполнение возникшего дефекта [3,5]. Предлагаемые экскохлеации с заполнением дефекта аутокостью в большинстве случаев приводят к рецидивам заболевания. Поэтому основными видами оперативного вмешательства являются либо сегментарная, либо субтотальная резекция с замещением дефекта, лучше ауто трансплантатом [4,6].

Под нашим наблюдением находилось 11 больных с фиброзной остеодисплазией. В зависимости от зоны



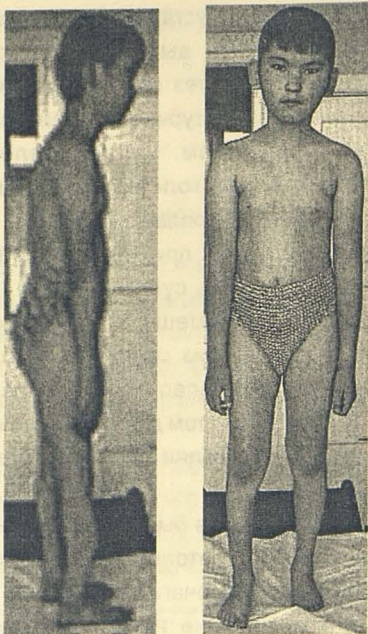


Рисунок 1- Вид больного до операции

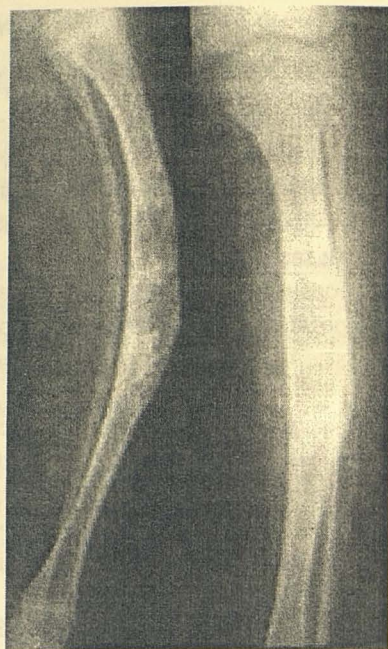


Рисунок 2 - Рентгенограмма голени до операции

На рентгенограммах определяется очаг поражения большеберцовой кости на уровне средней трети диафиза протяженностью до 15 см в виде опухолевидного образования крупноячеистой структуры с вздутием кортикального слоя, без признаков периостита. На этом же уровне определяется нарушение формы большеберцовой кости в виде саблевидной деформации (рис 2).

Выполнена операция - сегментарная резекция большеберцовой кости в пределах визуально

определяемой здоровой кости. С замещением дефекта костным аутооттрансплантатом взятым со здоровой большеберцовой кости и двумя трансплантатами из малоберцовой кости пораженной голени, путем их внедрения в костномозговой канал резецированных фрагментов (рис 3). В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовой повязкой в течение 6 месяцев.

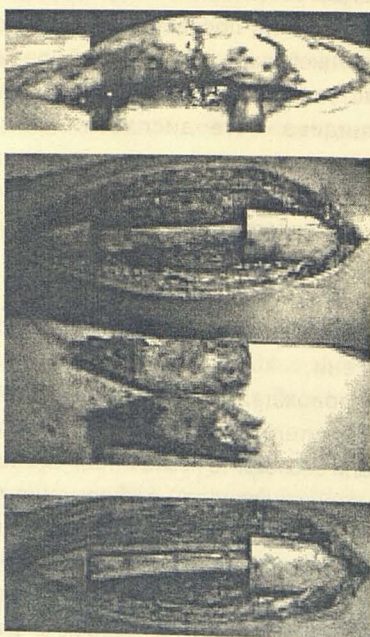


Рисунок 3 - Вид опухолевидного образования. Сегментарная резекция с замещением дефекта костным аутооттрансплантатом. Вид макропрепарата. Рентгенограмма после операции

Результат прослежен через два года (рисунок 4). Клинически и рентгенологически процесс купирован. Жалоб нет. На рентгенограмме полная перестройка

костных трансплантатов и сращение их с большеберцовой костью. Функция, форма и опороспособность голени восстановлена.

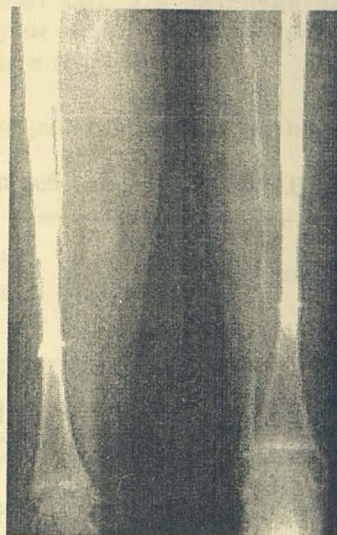
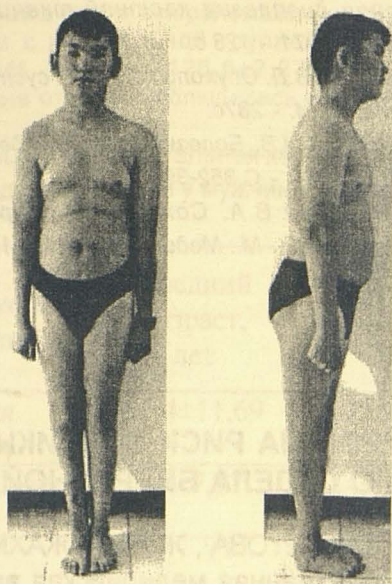


Рисунок 4 - Рентгенограмма и вид больного после операции через 2 года

Больной О, 16 лет поступил с диагнозом фиброзная остеодисплазия правого бедра. Предъявлял жалобы на боли в правом бедре, утомляемость после длительной ходьбы. Визуальных изменений не выявлено. При рентгенологическом исследовании выявлено тотальное поражение бедренной кости в виде очагов просветления, крупноочаистой структуры, увеличение объема бедренной кости. Выполнена операция-субтотальная резекция правого бедра (зона поражения составила 25 см) с замещением дефекта

ауто трансплантатами из обеих малоберцовых костей (длина каждого трансплантата до 30 см) путем внедрения проксимального конца в вертельную часть, а дистального в дистальный метаэпифиз. С целью сохранения длины сегмента выполнен остеосинтез блокированным стержнем. Результат прослежен через 1,5 года (рисунок 5). Жалоб не предъявляет. Ведет обычный ритм жизни. На рентгенограммах - консолидация ауто трансплантатов в местах их внедрения в фрагменты бедренной кости, полная перестройка трансплантатов.

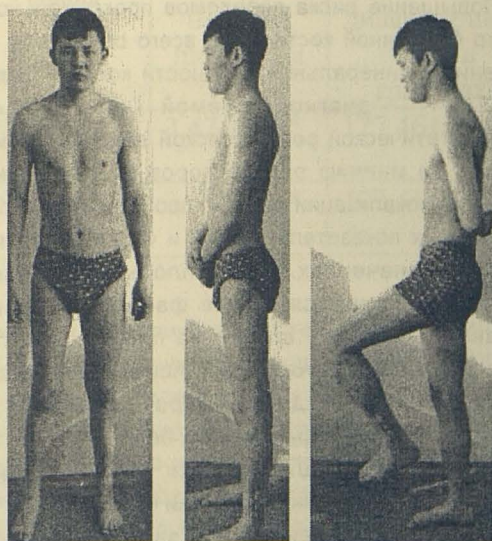
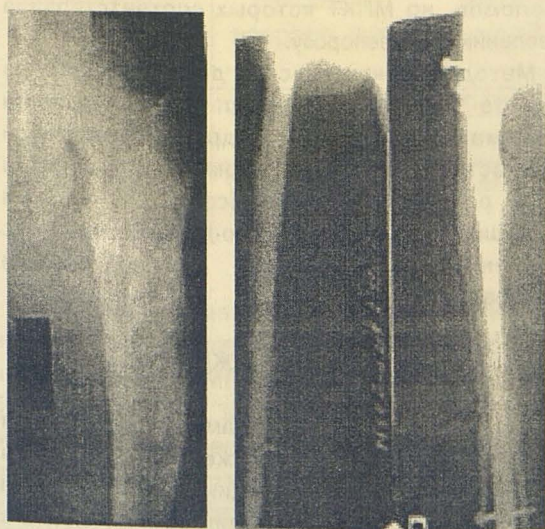


Рисунок 5 - Рентгенограммы больного до и после операции. Вид больного после операции

Таким образом, следует отметить, что тактически и технически правильно выполненное оперативное вмешательство позволяет сохранить как в анатомическом, так и в функциональном отношении сегмент и восстановить привычный жизненный ритм больного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Брайцев В.Р. Фиброзная остеодисплазия. М.: Медгиз, 1947.
2. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М.: Медицина, 1964. - Т.2.- С.354-358
3. Корж А.А., Моисеева К.Н., Панков Е.Я. Фиброзная дисплазия костной ткани. - Киев.: "Здоровье", 1971. - 123 с.
4. Чаклин В.Д. Опухоли костей и суставов.- М.: Медицина, 1974. - 287с.
5. Волков М.В. Болезни костей у детей.- М.: Медицина, 1974. - С.352-390.
6. Зацелин В.А. Сохраняющие операции при опухолях костей.- М.: Медицина, 1976. - 121 с.