

УДК 616.717.8-007-036.1

© В.Л. Скрябин, В.М. Ладейщиков, А.С. Денисов

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздравсоцразвития России,

Пермь, Россия

СЛУЧАЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОГО ОСТЕОЛИЗА ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ

Аннотация. В статье представлен клинический случай редкой патологии костной ткани – эссенциальный остеолиз. Восстановление функции кисти было осуществлено с помощью эндопротезирования пястных костей оригинальной конструкцией эндопротеза из углеродного материала. Развитие заболевания прослежено на протяжении 18 лет.

Ключевые слова: остеолиз, эндопротезирование.

© V. Skryabin, V. Ladeishikov, A. Denisov

Perm State Academy of Medicine named after ac. E. Vagner

Perm, Russia

A CASE OF ESSENTIAL OSTEOLYSIS OF METACARPAL BONES

Abstract. The article presents a clinical case of a rare pathology of bony tissue – essential osteolysis. The function of the hand was restored due to endoprosthesis replacement of metacarpal bones by the original construction of endoprosthesis made from carbon material. The development of the disease was noted during 18 years.

Key words: osteolysis, endoprosthesis replacement.

В большинстве случаев рассасывание костной ткани встречается как осложнение других заболеваний. Часто причиной остеолизиса является опухолевый процесс. Эссенциальный остеолиз относится к числу редко встречающихся заболеваний и характеризуется спонтанным рассасыванием кости на ограниченном участке [2, 3]. Первое описание его было сделано Jackson B. в 1838 г. [1]. Этиология не известна. В начале заболевания появляется локальный остеопороз, умеренный болевой синдром. Затем без видимых механических причин возникает перелом, сопровождающийся выраженным

болевым синдромом. Выполнение остеосинтеза, иммобилизация в гипсовой повязке – все это приводит к дальнейшему рассасыванию кости и, в конечном итоге, ее полному локальному исчезновению. В литературе описаны случаи лечения остеолита, когда костная аутопластика зоны остеолита выполнялась более 10 раз с отрицательным результатом. И только протезирование дефекта обеспечивало положительный результат [4, 5]. Редкость заболевания и отсутствие сообщений в периодической печати о данной патологии послужили поводом к написанию статьи.

В декабре 1990 г. в клинику травматологии и ортопедии Пермской государственной медицинской академии поступил мужчина 31 года с жалобами на потерю функции захвата правой кисти, ее деформацию. Считает себя больным в течение года: в ноябре 1989 г. после физической нагрузки появились боли в правой кисти. Рентгенологически на фоне грубого остеопороза были обнаружены переломы III-V пястных костей. При осмотре правая кисть в области III-V пястных костей деформирована и укорочена, кожа обычного цвета собрана в складку за счет относительного ее избытка. Чувствительных расстройств нет. Активные движения III-V пальцев отсутствуют, выражена патологическая подвижность локтевого края кисти и пальцев, пальпаторно III-V пястные кости не определяются (рис. 1).



Рис. 1. Б-ой К., 31 г. Внешний вид до операции. В области пястных костей справа кисть укорочена, кожа собрана в складку

При рентгенологическом исследовании кисти выявлено отсутствие III-V пястных костей, резкое уменьшение расстояния между основными фалангами пальцев и костями запястья, выраженный остеопороз (рис. 2).



Рис. 2. Тот же б-ой. Рентгенограмма правой кисти до операции. Отсутствуют 3-5 пястные кости, резко выраженный остеопороз фаланг 3-5 пальцев

Иммобилизация кисти гипсовой повязкой улучшения не принесла. Было решено выполнить эндопротезирование пястных костей. Для этого был изготовлен оригинальный протез пястных костей в виде блока из углеродного композиционного материала (рис. 3).

Разрезом по тылу правой кисти вскрыто пространство между сухожилиями сгибателей и разгибателей пальцев. Пястные кости отсутствуют, на их месте рыхлая соединительная ткань. В межсухожильное пространство имплантирован эндопротез. Послеоперационный период протекал без осложнений.



Рис. 3. Протез пястных костей в виде блока из углеродного композиционного материала

При гистологическом исследовании операционного материала на месте пястных костей поля васкуляризированной фиброзной ткани. Частично сохраненные костные балки истончены, с явлениями лакунарной резорбции, отдельные – с очаговой пролиферацией остеобластов и наслоениями остеоида.

Через 2 месяца после операции кожа над эндопротезом выглядит не измененной, легко берется в складку. Нарушения чувствительности нет. Движения в лучезапястном суставе в полном объеме. Разгибание III-V пальцев ограничено до 160° . Сгибание в межфаланговых суставах в полном объеме, в пястно-фаланговых суставах – до 140° .

Через год после операции отмечал ноющие боли при изменении погоды, умеренный отек кисти после физической нагрузки. Сила схвата кисти удовлетворительная. На рентгенограмме оперированной кисти эндопротез не контрастировался (особенности материала), переломы основных фаланг III-V пальцев консолидированы, дальнейшего прогрессирования заболевания нет. Приступил к труду (рис. 4, 5).



Рис. 4. Тот же б-ой. Внешний вид правой кисти через год после операции эндопротезирования 3-5 пястных костей



Рис. 5. Тот же б-ой. Рентгенограмма правой кисти через год после операции. Отсутствуют 3-5 пястные кости, резко выраженный остеопороз фаланг 3-5 пальцев

Через 18 лет нам удалось разыскать нашего пациента и ретроспективно проследить его судьбу. В течение 8 лет после операции эндопротезирования пястных костей он продолжал работать, пользуясь кистью. В 1999 году после

бытовой травмы у него произошел вывих эндопротеза в месте его соединения с костями запястья. В центральной районной больнице протез удалили, а больного вывели на группу инвалидности. В последующем пациент за помощью не обращался. При осмотре обращает внимание, что правая кисть в области III-V пястных костей резко укорочена. Активных движений в III-V пальцах нет (рис. 6, 7).



Рис. 6. Внешний вид правой кисти через 18 лет от начала заболевания



Рис. 7. Рентгенограмма правой кисти через 18 лет от начала заболевания

Таким образом, нам удалось проследить течение одного из редких заболеваний – эссенциального остеолита. Данные литературы заставили отказаться от выполнения костно-пластических операций. Промышленные

протезы данной локализации отсутствуют. Поэтому нам пришлось пойти на изготовление индивидуального протеза пястных костей. Операция эндопротезирования пястных костей себя оправдала: первые годы больной пользовался кистью в полном объеме. Отсутствие опыта в лечении данной патологии, недостаточная информированность врачей общей практики и редкость заболевания в конечном итоге привели к неудовлетворительному результату.

Отсутствие знаний об этиологии эссенциального остеолита делает его лечение крайне сложной задачей.

Список Литературы:

1. *Волков М.В.* Болезни костей у детей. – М., 1985. – С. 496.
2. Справочник по травматологии и ортопедии / под ред. *А.А. Корж*, *Е.П. Межекина*. – Киев, 1980. – С. 192.
3. *Денисов А.С.*, *Скрябин В.Л.*, *Повар Л.В.* Эндопротезирование углеродным композитным материалом при эссенциальном остеолите // Вестник хирургии им. *И.И. Грекова*. – № 5–6. – С. 68 – 69.
4. *Тайар В.* Эссенциальный остеолит (попытки лечения эндопротезированием) // Ортопед. травматол. – 1975. – № 5. – С. 6–11.
5. *Poirier Y.* Massive osteolysis of the humerus treated by resection and prosthetic replacement // Journal of bone and joint surgery. 1968. – Vol. 50-B. – P.158 – 160.

Скрябин Владимир Леонидович – к.м.н., ассистент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава. Тел.. +7(342)221-68-73. e-mail: 4754334@mail.ru

Денисов Александр Сергеевич – профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России, тел.. +7(342) 221-64-51. e-mail: rector@psma.ru

Ладейщиков Вячеслав Михайлович

профессор кафедры хирургии ФПК и ППС, ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России. 614990, Пермь, ул. Петропавловская, 26.

+7(342)217-09-41 e-mail: rector@psma.ru

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 614990 г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26