

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ДЕФОРМАЦІЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ПРИ ФІБРОЗНІЙ ДИСПЛАЗІЇ

Гошко В.Ю., Мороз Д.М.

ДУ «ІТО АМНУ», м. Київ, Україна

Фіброзна дисплазія (хвороба Jaffe-Lichtenstein, osteitis fibrosa juvenilis, osteitis fibrosa disseminata) за даними літератури може бути виявлена в будь-якому віці. Етіологія захворювання невідома. Перші описи захворювання відносяться до початку 20-х років минулого століття, коли В.Р.Брайцев описав 3 випадки своїх спостережень (цит. по М.В.Волков, 1985). В 1938 р. Lichtenstein вперше виділив нову нозологічну форму захворювання – фіброзна дисплазію, а в 1942 році разом Jaffe описав її морфологічну сутність.

В 1937 році Albright з співавторами описав форму фіброзна дисплазії в поєднанні з раннім статевим дозріванням і характерною пігментацією шкірних покривів.

М.В.Волков (1985) по локалізації виділяє поліосальну, моноосальну і регіональну форми фіброзна дисплазії, а по характеру ураження кісток – вогнищеву і дифузну.

У власному дослідженні ми використовували класифікацію Суислової О.Я. (1989), в якій, як і у всій зарубіжній літературі виділяється тільки дві форми фіброзна дисплазії – моноосальна і поліосальна.

Клінічні прояви фіброзна дисплазії, незалежно від форми, виявляються у вигляді болі деформації кісток і патологічних переломів. Найбільш складними і важкими проявами даної патології, які нерідко приводять до інвалідності пацієнтів, а деколи і здатності самообслуговування, є ураження проксимального відділу стегнової кістки.

Як правило, перші клінічні ознаки фіброзна дисплазії проявляються больовим синдромом. Поява цих болі за даними Н.С.Косинська (1973) зумовлена подразненням періоста швидко збільшуваними в розмірах вузлами і полями патологічних тканин. В пубертатному віці під впливом наростаючого фізіологічного навантаження виникають патологічні переломи, часом в місцях найбільшої деформації спостерігаються дегенеративно-дистрофічні зони перебудови. З часом все це приводить до варусної, а в подальшому до крайньої деформації проксимального відділу стегнової яка відома в літературі як “палка пастуха”.

У сучасній літературі не існує, а на наш погляд і не може існувати, єдиного погляду на лікування цієї важкої патології.

Stephenson R.B. et al (1987), аналізуючи результати лікування 65 пацієнтів з фіброзна дис-

плазією, встановили, що в 88% пацієнтів у віці до 18 років кюретаж з послідуочим заповненням дефекту автотрансплантатами приводить до негативних результатів. Така значна кількість негативних результатів лікування зумовлена, на думку авторів, технічними складнощами радикального видалення патологічного вогнища, лізисом трансплантатів. Тому на даний час автори виконують незалежно від віку і форми фіброзна дисплазії тільки внутрішню фіксацію яка не впливає на патологічне вогнище і тільки забезпечує механічну підтримку структуру кістки.

Onille J.T., Kumar S.I., Mae Ewen Q.D., аналізуючи віддалені результати лікування фіброзна дисплазії у 22 пацієнтів (найбільша кількість спостережень в літературі) виключно з ураженням проксимального відділу стегнової кістки, також дійшли висновку, що застосування кісткових трансплантатів при моноосальній і поліосальній формах ураження безперспективне. У всіх випадках застосування спонгіозних кортикальних трансплантатів наступала резорбція останніх і в жодному випадку не спостерігалось покращення структури і зменшення розмірів патологічного вогнища.

В роботі автори розробили власну систему оцінки результатів лікування, яка на наш погляд являється раціональною і її можна використовувати при даній патології.

Результати розділені на задовільні і незадовільні при використанні тільки двох клінічних критеріїв: біль і функція. Відсутність або помірний біль – задовільний результат, постійна або різка біль – незадовільний. Функціональна можливість самообслуговування і суспільного життя оцінювалось як задовільний результат, а обмежені можливості самообслуговування як незадовільний.

Оперативне лікування – вальгізуючу остеотомію з фіксацією накладною пластиною виконували, коли на думку авторів “якість” кістки не дозволяла застосовувати внутрішні фіксатори виконувалась медіалізуюча остеотомія по McMurraу з наступною фіксацією гіпсовою пов'язкою яка дозволяла тільки усунути привідну контрактуру в кульшовому суглобі і застосовуючи таку тактику хірургічного лікування у 22 пацієнтів (27 стегон) у двадцяти досягнуто задовільних результатів.

Enneking W.F., Dearen P.F.(1986) з 1960 по 1970 рр. при лікуванні фіброзна дисплазії застосовували

кюретаж з заповненням патологічного вогнища автогенною спонгіозною кісткою. В переважній більшості випадків результати лікування були незадовільні. Тому з 1971 автори почали застосовувати на їх погляд альтернативний метод лікування оснований на застосуванні аутогенних коркових трансплантатів з маломілкової кістки. Автори вважають, що повільна перебудова коркового трансплантату повинна сприяти механічній підтримці і не допускати деформацій, переломів.

По даному методу прооперовано 15 молодих пацієнтів як з поліосальною, так і з моноосальною формами фіброзної дисплазії. Тільки в двох проводились аналогічні повторні оперативні втручання і ні одного не діагностовано варусної деформації і не виникало необхідності в проведенні корегуючих остеотомій.

Freeman M.D. et all аналізуючи результати лікування 4 пацієнтів з ураженням проксимального відділу стегнової кістки методом вибору в лікуванні поліосальної форми вважають фіксатор „Zickel”. У всіх випадках використання даного фіксатора дозволило пацієнтам вернутися до активного життя

УДК: 616.728.3 – 009.12–002.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ОРТОПЕДИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Герасименко С.І.

Державна установа „Інститут травматології та ортопедії АМН України”, м. Київ

Ортопедичне лікування хворих на ревматоїдний артрит (РА) має свої принципові особливості. По-перше, воно повинно починатись з перших днів захворювання, по-друге, необхідна його безперервність на всіх стадіях патологічного процесу з урахуванням індивідуальностей хвороби і характеру перебігу захворювання.

Для клінічної оцінки стану хворих на РА ми користуємось клініко-рентгено-морфологічною класифікацією Є.Т. Скляренка і В.І. Стецули, яка повністю задовольняє ортопедів. Ця класифікація чітко характеризує паталогічний процес, відображаючи динаміку паталогічних змін в суглобах по стадіям та фазам:

- I стадія – синовії (гострий, підгострий, хронічний);
- II стадія – продуктивно-деструктивний панартрит;
 - 1 фаза – ексудативно-проліферативна;
 - 2 фаза – проліферативно-деструктивна;
- III стадія – анкілозування;
 - 1 фаза – фіброзний анкілоз;
 - 2 фаза – кістковий анкілоз.

Виходячи із стадії захворювання, активності і характеру перебігу паталогічного процесу, функ-

хоча в процесі лікування виникала необхідність у проведенні повторних оперативних втручань.

Садовенко Е.Г. (1992) вважає за необхідне у всіх випадках проводити пристіночну резекцію з кістковою пластикою аллогенний кістковий матриксом в поєднанні корекційними остеотоміями і остеосинтезом. В більшості випадків автор спостерігала перебудову патологічного вогнища і в деяких випадках навіть вважала за можливе видаляти фіксатор.

Наш досвід базується на лікуванні 22 пацієнтів (27 стегон) у двадцяти досягнуто задовільного результату.

Власний 15-річний досвід лікування даної патології пройшов через ряд ускладнень та невдач, які не повинні мати місце.

Таким чином підсумовуючи дані літератури можна сказати, що існуючі методи хірургічного лікування значно відрізняються один від одного і на наш погляд це зв'язано з різноманітністю клінічних проявів і в більшості спостережень обсягу ураження фіброзною дисплазією проксимального відділу стегнової кістки.

ціональної недостатності суглобів і кінцівки в цілому, а також з урахуванням вольових якостей хворого і його психологічного стану, розроблено схеми комплексного ортопедичного лікування хворих.

У гострому періоді I стадія і в 1 фазі II стадії або в період загострення з високою активністю (III ступінь) процесу, вираженого больового синдрому, хибних установок в суглобах показано стаціонарне лікування, метою якого є досягнення стійкої ремісії, зняття больового синдрому, усунення хибних установок, попередження розвитку контрактур при збереженні функції суглобів з евакуацією ексудату та введенням медикаментозних препаратів, параартикулярне введення гормональних препаратів, зокрема метіпреду або діпроспану, з анестетиками.

При гострих і підгострих синовіитах з метою усунення хибних установок і створення спокою в суглобі застосовують іммобілізацію гіпсовими шинами у функціонально вигідному положенні, яку зберігають до зниження больового синдрому, але не більше 5-7 діб, щоб не виникло тугоухості в суглобі.

При покращенні загального стану, зниженні загальних і місцевих проявів активності процесу