

УДК 616.718.4-018.3-002-056.7

Молотягин Д.Г., Паштуани Р.В., Кудрик Е.А., Кравчун П.Г.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ОЛЬЕ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Харьковский национальный медицинский университет,
КУОЗ Харьковская городская клиническая больница №27

Материал изложен на примере клинического случая. У женщины 36 лет был диагностирован болезнь Олье. Этот случай обратил на себя внимание благодаря наличию у больной среднего возраста впервые выявленной энхондромы бедренной кости с выраженным болевым синдромом.

Ключевые слова: хондроматоз, болезнь Олье, клинический случай.

Среди многочисленных опухолей и опухолеподобных заболеваний наиболее часто костную систему поражают хрящобразующие опухоли, к которым относятся хондромы и остеохондромы [2].

Хондроматоз костной ткани (дисхондроплазия) характеризуется нарушением энхондрального окостенения с сохранением главным образом в метафизе или диафизе множественных очагов необызвествлённого хряща, которые могут увеличиваться [3, 5]. Хондроматоз проявляется прогрессирующими деформациями костей. Процесс локализуется преимущественно в костях фаланг пальцев кистей и стоп и в длинных трубчатых костях нижних конечностей, возможны очаги и в плоских костях — тазовых, лопаточной, ребрах [2, 4]. Нередки семейные случаи болезни [7].

Существует два типа классификации дисхондроплазии: по количеству пораженных костей (монооссальная, олигооссальная, полиоссальная) и по локализации очага (классификация А.А. Аренберга 1964 г.): I форма — акроформа — поражение костей кистей и стоп, II форма — монотелическая — поражение костей одной конечности с прилегающей частью плечевого пояса или таза, III форма — односторонняя или преимущественно односторонняя форма, IV форма — двусторонняя.

Одностороннее поражение костей называют болезнью Олье по имени автора, французского хирурга, впервые описавшего данную нозологическую форму в 1899 г. Долгое время она считалась чрезвычайно редким заболеванием (в конце 20 века в специализированной литературе упоминалось всего о 30 случаях болезни Олье), однако некоторые современные исследователи утверждают [1], что данная патология встречается гораздо чаще, но во многих случаях остается не диагностированной. Частота встречаемости, по данным зарубежных авторов, составляет 1:100 000 [7].

Болезнь Олье является врожденным заболеванием, но первые признаки появляются в пубертатном периоде, однако описаны случаи, когда первые симптомы болезни Олье выявлялись в возрасте 20-40 лет. Женщины страдают вдвое чаще мужчин. Причина развития болезни Олье в настоящее время остается неизвестной, хотя, в

некоторых случаях, эта болезнь имеет аутосомно-доминантный тип наследования [7].

Наиболее часто очаги эмбриональной ткани больших размеров располагаются в области дистального метафиза бедра и проксимального метафиза большеберцовой кости. Заболевание проявляется деформацией пораженных сегментов. Пораженная конечность укорачивается и утолщается, меняется походка, что может сопровождаться хромотой. Возможна вторичная асимметрия таза и сколиоз позвоночника. Суставы остаются интактными. Мышечная атрофия, как правило, отсутствует, пациенты не ощущают болевых симптомов.

Дифференцировать болезнь Олье необходимо с остеобластокластомой, хондросаркомой, остеосаркомой, хордомой, множественным кистовидным туберкулезным оститом (болезнь Юнглинга), болезнью Педжета, медуллярным обызвествлением костей.

Методы диагностики болезни Олье включают рентгенографию опорно-двигательного аппарата, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, сцинтиграфию, биопсию кости [6, 7].

В связи с редкой встречаемостью данного заболевания, а также неклассическими клиническими проявлениями, представляем внимание врачей клинический случай.

Больная К., 36 лет, поступила в кардиологическое отделение по поводу гипертонической болезни, где обращали на себя внимание сопутствующие жалобы в виде боли в левом бедре, усиливающиеся при малейшем движении, иррадиирующие в нижнюю конечность, невозможность наступить на ногу, что вызвало интерес у врачей и инициировало научный поиск в данном направлении.

При уточнении анамнеза известно, что около 12 дней назад на работе ударились пяточной костью с вертикальной осевой нагрузкой. После этого отмечала боли в области удара, за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала нимесил — без эффекта. Состояние ухудшалось — начали беспокоить боли в области левого бедра, усиливающиеся при малейшей физической нагрузке. 24.10.15 г. больная не смогла наступать на ногу, отмечала невозможность самостоятельного передвижения.

При осмотре состояние больной относительно удовлетворительное. В сознании. Активные движения в нижних конечностях ограничены за счет боли в левом бедре. Достаточного питания. ИМТ=24,8 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими: перкуторно – легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Частота дыхательных движений – 18 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Артериальное давление_{dex} 160/90 мм рт. ст. Артериальное давление_{sin} 160/90 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений - 110 ударов в 1 минуту. Пульс - 110 ударов в 1 минуту, достаточного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание без особенностей. Периферических отеков нет.



Рис. 1. Рентгенографія лівий бедренної кістки.

В результате обследований больной в клиническом анализе крови: эритроциты – 3,2 x 10¹²/л; гемоглобин – 88 г/л; ЦП – 0,82; тромбоциты – 176 x 10⁹/л; лейкоциты – 6,1 x 10⁹/л; эозинофилы – 2%; палочкоядерные - 3%; сегментоядерные - 65%; лимфоциты - 23%; моноциты - 7%; СОЭ – 8 мм/час, тромбоциты — 180 x 10⁹/л; гликемия – 4,4 ммоль/л; в клиническом анализе мочи: цвет – желтый, прозрачная, реакция – слабо кислая, белок – следы, сахар – нет, эпителий: переходный – местами, плоский — местами, лейкоциты – 1-3 в поле зрения, гиалино-

вые цилиндры – 0-1 в поле зрения, слизь – много; в биохимическом анализе крови: общий белок – 73 г/л, мочевины – 11,6 ммоль/л, креатинин – 69 мкмоль/л, аспаратаминотрансфераза – 45 Ед/л, аланинаминотрансфераза – 57 Ед/л, билирубин и его фракции не превышают норму; дислипидемии выявлено не было; на ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца; по данным эхокардиографии сердца – гипертрофия миокарда левого желудочка; при ультразвуковом обследовании внутренних органов: гепатомегалия (+1,5 см), признаки жирового гепатоза, признаки хронического холецистита, микролиты, фибротические изменения обеих почек; при выполнении рентгенографии левого тазобедренного сустава выявлена опухоль диафиза левой бедренной кости (рис. 1).

Выявленные изменения были расценены как объемный процесс. Для поиска источника или путей метастазирования были назначены дополнительные исследования.

Проведена эзофагогастроуденоскопия: признаки застойной гастропатии, эритематозной дуоденопатии; повторно выполнен клинический анализ крови: эритроциты – 3,4 x 10¹²/л; гемоглобин – 88 г/л; ЦП – 0,77; лейкоциты – 5,0 x 10⁹/л; эозинофилы – 3%; палочкоядерные - 5%; сегментоядерные - 58%; лимфоциты - 27%; моноциты - 7%; СОЭ – 3 мм/час, ретикулоциты – 0,8%; выполнена рентгенография нижнегрудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника в двух проекциях: признаков деструкции тел позвонков не выявлено; проведена мультиспиральная компьютерная томография: признаки энхондромы левой бедренной кости (рис. 2).

Учитывая отсутствие данных за неопластическую патологию и выявленные изменения на компьютерной томографии, была рекомендована консультация хирурга и травматолога, после осмотра которых больной была рекомендована консультация в онкологическом центре и институте патологии позвоночника и суставов.

Больная была дообследована в условиях Харьковского областного клинического онкологического центра, где ей была проведена трепан-биопсия бедренной кости – опухолевая трансформация не выявлена.

Больная также была проконсультирована главным врачом института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко АМН Украины, где ей была предложена госпитализация с целью дальнейшего обследования, установления генеза болевого синдрома, в результате чего установлен диагноз болезни Олье, назначено адекватное консервативное лечение в полном объеме, что способствовало значительному улучшению состояния больной.

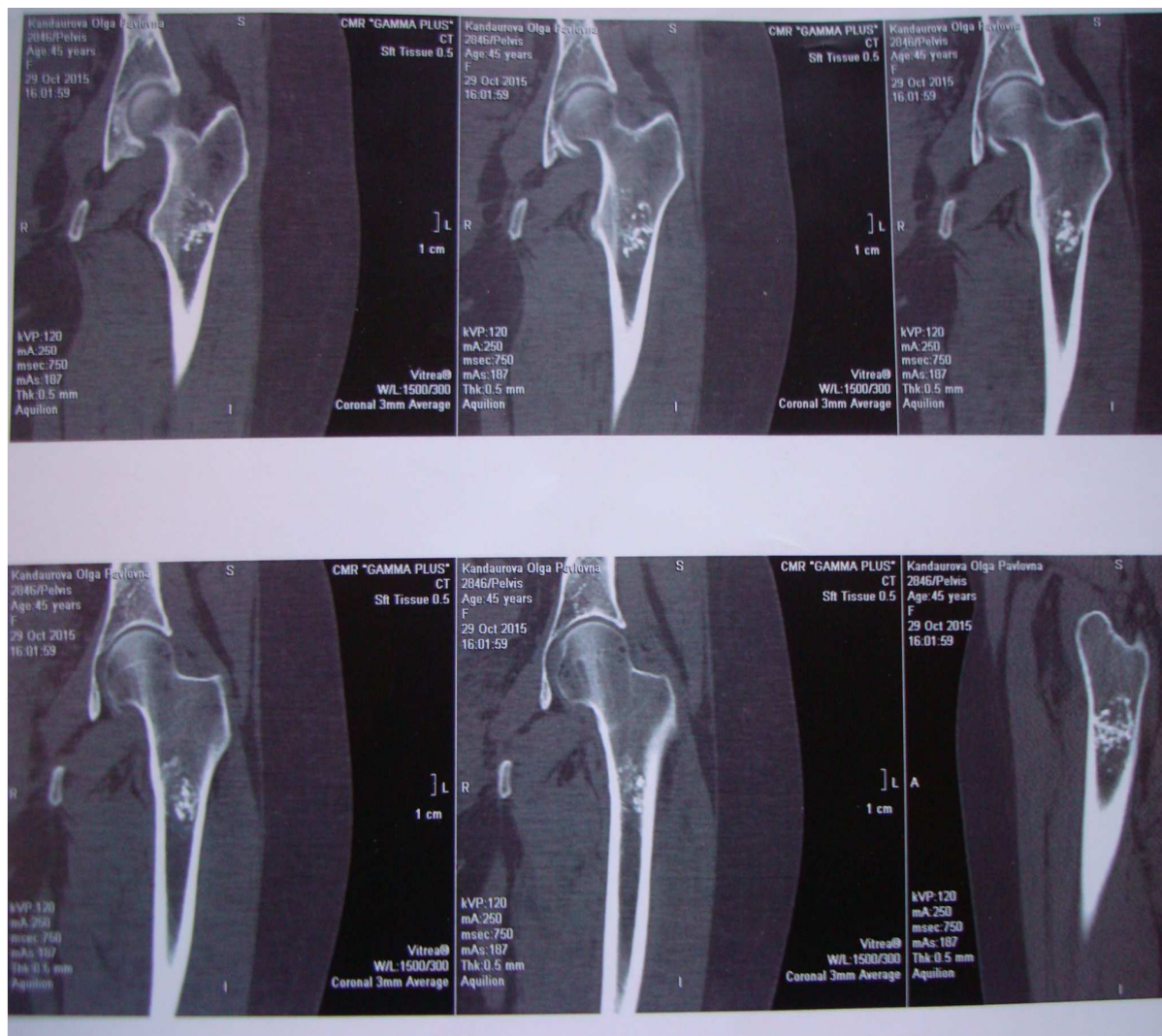


Рис. 2. Компьютерная томография левой бедренной кости.

Этот случай обратил на себя внимание благодаря наличию у больной среднего возраста впервые выявленной энхондромы бедренной кости с выраженным болевым синдромом. Учитывая редкую встречаемость данного синдрома в клинической практике и отсутствие четких алгоритмов ведения таких пациентов, данный клинический случай будет полезен для ознакомления врачам разных специальностей.

Литература

1. Булычева И.В. Костно-хрящевые экзостозы (остеохондромы) / И.В. Булычева [и др.] // Архив патологии. – 2008. – Т. 70 (1). – С. 58-61.
2. Семенова Л.А. Хондромы (энхондрома, периостальная хондрома, энхондроматоз) / Л.А. Семенова, И.В. Булычева // Архив патологии. – 2007. – Т. 69, № 5. – С. 45-48.
3. Chun K.A. Enchondroma of the Foot / K.A. Chun, S. Stephanie, J.Y. Choi [et al.] // J. Foot Ankle Surg. – 2015. – Vol. 54 (5). – P. 836-839.
4. Cerny M. Clinical images: enchondromatosis (Ollier disease) / M. Cerny, H.A. Rudiger, B. Aubry-Rozier [et al.] // Arthritis Rheum. – 2013. – Vol. 65 (11). – P. 2886.
5. Herget G.W. Insights into Enchondroma, Enchondromatosis and the risk of secondary Chondrosarcoma. Review of the literature with an emphasis on the clinical behaviour, radiology, malignant transformation and the follow up / G.W. Herget, P. Strohm, C. Rottenburger [et al.] // Neoplasma. – 2014. – Vol. 61 (4). – P. 365-78.

6. Khan S.H. Bone scintigraphy in Ollier's disease: A rare case report / S.H. Khan, T.A. Rather, P.A. Koul [et al.] // Indian J. Nucl. Med. – 2013. – Vol. 28 (4). – P. 226-229.
7. Kumar A. Ollier Disease: Pathogenesis, Diagnosis, and Management / A. Kumar, V.K. Jain, M. Bharadwaj, R.K. Arya // Orthopedics. – 2015. – Vol. 38 (6). – P. 497-506.

References

1. Bulycheva I.V. Kostno-hryashchевye jekzostozy (osteohondromy) / I.V. Bulycheva [i dr.] // Arhiv patologii. – 2008. – T. 70 (1). – S. 58-61.
2. Semenova L.A. Hondromy (jenhondroma, periostal'naja hondroma, jenhondromatoz) / L.A. Semenova, I.V. Bulycheva // Arhiv patologii. – 2007. – T. 69, № 5. – S. 45-48.
3. Chun K.A. Enchondroma of the Foot / K.A. Chun, S. Stephanie, J.Y. Choi [et al.] // J. Foot Ankle Surg. – 2015. – Vol. 54 (5). – P. 836-839.
4. Cerny M. Clinical images: enchondromatosis (Ollier disease) / M. Cerny, H.A. Rudiger, B. Aubry-Rozier [et al.] // Arthritis Rheum. – 2013. – Vol. 65 (11). – P. 2886.
5. Herget G.W. Insights into Enchondroma, Enchondromatosis and the risk of secondary Chondrosarcoma. Review of the literature with an emphasis on the clinical behaviour, radiology, malignant transformation and the follow up / G.W. Herget, P. Strohm, C. Rottenburger [et al.] // Neoplasma. – 2014. – Vol. 61 (4). – P. 365-78.
6. Khan S.H. Bone scintigraphy in Ollier's disease: A rare case report / S.H. Khan, T.A. Rather, P.A. Koul [et al.] // Indian J. Nucl. Med. – 2013. – Vol. 28 (4). – P. 226-229.
7. Kumar A. Ollier Disease: Pathogenesis, Diagnosis, and Management / A. Kumar, V.K. Jain, M. Bharadwaj, R.K. Arya // Orthopedics. – 2015. – Vol. 38 (6). – P. 497-506.

Реферат

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ ОЛЬЄ З БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

Молотягін Д.Г., Паштіані Р.В., Кудрик О.А., Кравчун П.Г.

Ключові слова: хондроматоз, хвороба Ольє, клінічний випадок.

Матеріал викладений на прикладі клінічного випадку. У жінки 36 років була діагностована хвороба Ольє. Цей випадок звернув на себе увагу завдяки наявності у хворої середнього віку вперше виявленої енхондроми стегнової кістки з вираженим больовим синдромом.

Summary

CLINICAL CASE OF OLLIER'S DISEASE WITH PAIN SYNDROME

Molotyagin D. H., Pashtiani R. V., Kudryk O. A., Kravchun P. G.

Key words: chondromatosis, Ollier's disease, clinical case.

This article describes a clinical case of Ollier's disease, which was diagnosed in a 36 year old woman. This case was paid attention to because the middle-aged female patient was first diagnosed to have a femoral enchondroma accompanied with severe pain syndrome.

УДК: 616.831-001-073.756.8-073.8:796.83

Муравський А.В., Земскова О.В.

ОСОБЛИВОСТІ МРТ ЗМІН У БОКСЕРІВ З ПЕРЕНЕСЕНИМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИМИ ТРАВМАМИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ, Україна; ДУ "Інститут нейрохірургії імені академіка А.П. Ромоданова НАМН України", Київ, Україна.

На сьогоднішній день недостатньо вивчені та проаналізовані нейровізуалізаційні зміни у боксерів, які перенесли черепно-мозкові травми (ЧМТ). Для виявлення таких змін найбільш інформативною є магнітно-резонансна томографія (МРТ). Мета дослідження – вивчити особливості МРТ змін у боксерів з перенесеними ЧМТ. Матеріали і методи. Проведено МРТ головного мозку 174 боксерам-любителям віком від 16 до 42 років, які перенесли повторні легкі ЧМТ в анамнезі. У контрольній групі обстежено 30 практично здорових людей аналогічного віку. Пацієнти аналізувались за статтю, віком, ваговою категорією, кількістю проведених поєдинків. Результати. Відзначено достовірне збільшення ширини бокових шлуночків (БШ) з двох сторін, III шлуночка та порожнини прозорої перегородки (ППП) у боксерів, серед яких домінували чоловіки. Мало місце збільшення ширини БШ з двох сторін, III шлуночка та ППП зі збільшенням віку, вагової категорії, кількості проведених поєдинків. Нормальна МРТ картина головного мозку частіше зустрічалась у боксерів-жінок, наймолодшій віковій групі. Відзначено наростання частоти розширення ППП зі збільшенням віку, кількості проведених поєдинків. Мало місце зростання частоти вогнищ зміненого МР-сигналу (субкортикально, перивентрикулярно) зі збільшенням віку. Частота арахноїдальних кист збільшувалась зі збільшенням вагової категорії, а частота дифузного розширення підпаутинних просторів наростала зі збільшенням кількості проведених поєдинків. Висновки. У боксерів, які перенесли в анамнезі повторні легкі ЧМТ, мають місце зміни за даними МРТ головного мозку як зі сторони лікворних шляхів, так і речовини головного мозку. Вивчення особливостей МРТ картини у боксерів дасть можливість прогнозувати їх змагальну діяльність, вчасно діагностувати порушення зі сторони головного мозку, провести необхідні лікувально-профілактичні заходи з метою попередження можливих віддалених наслідків травми.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, боксер, магнітно-резонансна томографія.

Вступ

На сьогоднішній день недостатньо вивчені та проаналізовані особливості змін за даними магнітно-резонансної томографії (МРТ) у боксерів, які перенесли черепно-мозкові травми (ЧМТ) [5; 7]. Найбільш типовими знахідками за даними МРТ головного мозку при повторних ЧМТ, зокрема у боксерів, є атрофія мозкової речовини, наявність порожнини прозорої перегородки (ППП), вогнищеві ураження субкортикальної та перивентрикулярної білої речовини за типом гліозу [2; 3; 6; 8]. Однак, проведено мало досліджень серед боксерської популяції, які змогли б довести, що існує виражена кореляція між боксом і передбачуваними змінами при нейровізуа-

лізаційних дослідженнях [4].

Вивчення взаємозв'язку виявлених змін за даними МРТ головного мозку у боксерів за статтю, віком, ваговою категорією, кількістю проведених поєдинків дасть можливість прогнозувати розвиток подальших ускладнень зі сторони головного мозку та розробити методи їх профілактики.

Мета дослідження

Вивчити особливості МРТ змін у боксерів з перенесеними черепно-мозковими травмами.

Матеріали та методи

Дослідження проведено у діючих боксерів-любителів високої кваліфікації, які перенесли в