

Қазақстан Республикасының
Денсаулық сақтау министрлігі
Травматология және ортопедия ғылыми-зерттеу институты

ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИЯ

ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК ЖУРНАЛ
3-4 (49-50) 2019



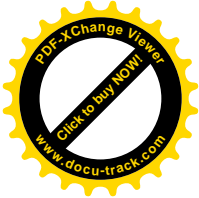
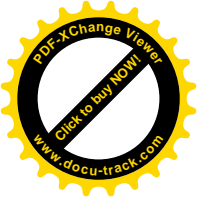
Қазақстан Республикасы травматолог-ортопедтері III съезінің және
травматолог-ортопедтердің VII Еуразиялық конгресінің
МАТЕРИАЛДАРЫ
2019 жылғы 3-4 қазан

МАТЕРИАЛЫ
III съезда травматологов – ортопедов Республики Казахстан и
VII Евразийского конгресса травматологов-ортопедов
3-4 октября 2019 г.

Собственник: научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии.
Журнал зарегистрирован в Министерстве культуры и информации РК
19.11.2012 г.

Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации №13155-Ж

НУР-СУЛТАН



ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор Н.Д. Батпенев

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

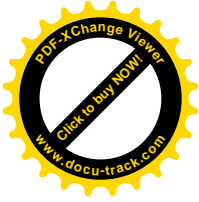
Абдрахманов А.Ж.(зам. главного редактора)
Оспанов К.Т.(отв. секретарь)
Абильмажинов М.Т.
Абишева С.Т.
Анашев Т.С.
Белокобылов А.А.
Джаксыбекова Г.К.
Дуйсенов Н.Б.
Искаков Е.С.
Набиев Е.Н
Конкаев А.К.
Мухаметжанов Х.М.
Рахимов С.К.
Раймагамбетов Е.К.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Азизов М.Ж.(Ташкент)
Абдуразаков У.А.(Алматы)
Байгенжин А.К.(Нур - Султан)
Губин А.В.(Курган)
Джумабеков С.А.(Бишкек)
Жумадилов Ж.Ш.(Нур - Султан)
Загородний Н.В.(Москва)
Павалькис Д.(Нур - Султан)
Тайгулов Е.А.(Нур - Султан)
Тихилов Р.М.(Санкт-Петербург)
Zeichen J.(Германия)

Технический редактор: Бекежанова Л.З.
Дизайн, компьютерная верстка:

Адрес редакции: 010000, г. Нур - Султан, пр.Абылай хана, 15а,
РГП на ПХВ «НИИ травматологии и ортопедии» МЗ РК,
Телефоны: (7172) 54 77 17; 54 75 32, факс: 54 77 30, 54 75 32
E-mail: niitokz@mail.ru, ntoniito@rambler.ru, ospanov.niito@mail.ru



РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н.З. НАЗАРОВА, С.У. АСИЛОВА, К.Н. ВАЛИЕВА, Г.Ш. УМАРОВА

Ташкентская медицинская академия,

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

В статье представлены клиничко-рентгенологические особенности доброкачественных опухолей костей и опухолеподобных состояний. Исследование проведено на основании клинических и рентгенологических показателей 51 пациента с различными доброкачественными кистозными образованиями костей конечностей. В результате анализа каждой патологии были выявлены специфические клинические и рентгенологические признаки, определяющие характер образования, наиболее частую локализацию, характер заболевания и прогноз. Несмотря на развитие лучевых методов исследований, окончательный диагноз верифицируется исключительно после гистоморфологического исследования.

Ключевые слова: кость, доброкачественные опухоли, дифференциальная диагностика, клинические исследования, рентгенологические исследования.

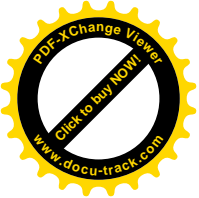
ВВЕДЕНИЕ

Проблема лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей скелета является весьма актуальной и недостаточно разработанной, по мнению многих авторов [1]. Постоянный рост опухолевых заболеваний костей объясняет высокий интерес к проблеме лечения новообразований и привлекает внимание как отечественных, так и зарубежных онкологов, онкоортопедов и хирургов [2]. Опухоли и опухолеподобные заболевания костной ткани занимают четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания и сахарного диабета [3]. Кость является многотканевой структурой, в ней могут развиваться различные по своему гистогенезу опухоли. В основном кость построена из соединительной ткани. Однако, в состав кости входят или тесно с ней связаны мышечная, сосудистая, нервная, а также ретикулярная и гемопоэтическая ткани. Опухоли могут возникать из любой составной части кости: периоста, кортикальной или спонгиозной субстанции, эндоста, гиалинового росткового и суставного хрящей, костного мозга и сосудов. Такое обилие исходных источников развития опухоли обуславливает многообразие клинических и рентгенологических проявлений различных по своей приро-

де патологических процессов. (Лагунова И.Г., 1962; Рейнберг С.А., 1964; Трапезников Н.Н. и соавт., 1986; Краевский НА.исоавт., 1993).

Трудности в дифференциальной диагностике могут возникнуть на различных этапах диагностического процесса - при клиническом исследовании, лучевой диагностике и морфологическом исследовании. Неспецифичность клинических признаков опухолей скелета (боль, припухлость и нарушение функции конечности), характерных для многих неопухолевых поражений, отсутствие опыта у врачей в учреждениях неонкологического профиля в распознавании признаков патологических изменений в кости и недостаточная изученность информативности методов лучевой диагностики часто являются причинами диагностических ошибок на первом этапе обследования и приводит к несвоевременному обращению больных с опухолевой патологией в специализированные учреждения [4].

Многообразие проявлений первичных костных опухолей длинных трубчатых костей, а также сходство признаков с таковыми при опухолеподобных и неопухолевых процессах, в ряде случаев приводят к позднему началу лечения или к выбору неадекватного метода лечения, что ухудшает прогноз заболевания (Кочергина Н.В. и соавт., 2000).



Ранняя и точная диагностика заболеваний костей в последнее время актуальна в отношении разграничения низко злокачественных и высоко злокачественных опухолевых процессов, что влияет на тактику ведения больных. Учитывая разрозненность мнения авторов, нами был проведен анализ клинко-рентгенологических проявлений различных кистозных поражений костей конечностей.

Целью исследования явилось улучшение методов клинко-рентгенологической диагностики костей конечностей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За период 2014-2019 гг. на базе отделений ортопедии ТМА и РКБ №1 был обследован 51 пациент с различными кистозными образованиями костей конечностей. Возраст больных - от 9 до 67 лет, из них 16 - до 20 лет. Женщин – 26, мужчин – 25.

Все больные были осмотрены и обследованы клиническими, рентгенологическими (стандартная рентгенография в 2 или более проекциях, магнитнорезонансная томография, и мультиспиральная компьютерная томография) методами.

Для клинических показателей были приняты возраст больного характеристики как боль, припухлость, ограничение движения (нарушение функции).

Рентгенологическими характеристиками были приняты локализация, размеры очага, контуры очага, целостность кортикального слоя на уровне очага, пери остальная реакция, а также внутренняя структура очага.

Под нашим наблюдением находились больные с кистозными образованиями костей верхних и нижних конечностей: энхондрома - 19, остеоидная остеома - 2, абсцесс Броди - 1, костная киста – 11, из них солитарная киста - 10, аневризматическая костная киста - 1, фиброзная дисплазия, неоссифицирующая фиброма (фиброзно-кортикальный дефект) - 7, гломусная опухоль - 11.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

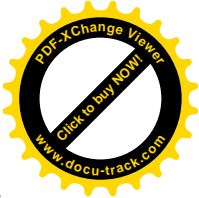
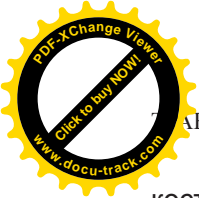
Остеохондромы (костно-хрящевые экзостозы) - наиболее распространенные доброкачественные костные опухоли с возможной локализацией в любой кости, но чаще – в области эпифизов длинных костей. Наиболее часто они возникают в возрасте от 10 до 20 лет, бывают как единичными, так и множественными. Визуально пациент имеет ви-

димую деформацию (припухлость) в зависимости от размера и локализации экзостоза. При росте между двумя костями предплечья или голени зачастую нарушает, нарушая их рост и структуру. Что приводит к саблевидной деформации кости и конечности. На рентгенограмме экзостоз визуализируется в виде неоднородной структуры образования, на ножке, выступающей от кортикального слоя кости. Чаще в виде цветной капусты.

Множественные экзостозы, соединенные с костью ножкой или широким основанием, имеющие губчатую структуру, с последующим образованием известковых вкраплений. Вторичные деформации костей, иногда синостозы. Экзостоз представлен в виде спонгиозной ткани крупноячеистой структуры, его «ножка» покрыта кортикальным слоем, переходящим в материнский слой. В покрывающей его хрящевой ткани иногда обнаруживаются участки обызвествления. Зачастую экзостоз имеет «шапочку» сверху состоящую из плотной массы.

При визуализации опухоль выявляется как костный выступ с хрящевой чашкой (более 2 см) над поверхностью кости без подлежащего кортикального слоя под выступом. Костно-мозговой канал сообщается с основанием экзостоза. Костно-мозговой канал и экзостоз соединяются друг с другом, и в основании экзостоза нет подлежащего кортикального слоя. Боль как правило наблюдалась, если опухоль сдавливала крупный нерв, или мышцы и формировании воспалительной синовиальной сумки.

Энхондромы чаще выявлялись у людей от 10 до 40 лет. Визуально при расположении в длинных трубчатых костях они бывали незаметны. При локализации в области костей кисти может определяться булавовидное утолщение области локализации очага. Они располагаются обычно в метафизарно-диафизарной области внутри костно-мозгового канала. Эти опухоли обычно бессимптомны, но встречались случаи локальной боли при нагрузке болезненными. часто являлись рентгенологической находкой. Имелись случаи патологического перелома. На рентгенограмме опухоль выглядела как кистозное образование внутри костно-мозгового канала с неоднородной (крапчатой) внутренней структурой. При расположении вблизи кортикального слоя энхондромы имеют фестончатые края. При расположении на уровне длинных трубчатых



костей выявляются как обызвествленные участки кости. У больных с множественными энхондромами (болезнь Олье) и особенно в сочетании с мягкоткаными гемангиомами (синдром Маффуччи), определяется видимая деформация конечностей. В сопровождении с болью. На рентгенограммах обычно характерные изменения в множественных костях. В тяжелых случаях с деформацией конечности и патологическим переломом.

Остеоидная остеома чаще всего встречается в молодом возрасте (обычно от 10 до 35 лет) чаще встречалась на уровне эпиметафиза кости, (шейка бедренной кости) и диафиза. Характерны боли (обычно усиливающиеся к ночи) купируются при приеме слабых анальгетиков но только на начальных этапах. Визуально возможно атрофия региональных мышц, обусловленной снижением физической активности. На рентгенограмме выявляют типичные изменения: небольшая зона просветления, окруженная широкой склеротической каймой. Зачастую выявляется очаг деструкции посередине зоны просветления - секвестр.

Неоссифицирующая фиброма (фиброзный кортикальный дефект) - часто встречаются у детей. Неоссифицирующая фиброма представляет собой доброкачественный фиброзный дефект кости, который на рентгенограмме выглядит как четко очерченная зона повышенной прозрачности, одиночные продолговатые зоны просветления, с четким склеротическим ободком в кортикальном слое. Очень маленькую (менее 2 см в диаметре) неоссифицирующую фиброму обозначают как фиброзный кортикальный дефект. Обычно они возникают в области метафизов, особенно часто в дистальном отделе бедра, в дистальном и проксимальном отделах большеберцовой кости. Они также могут быть многоочаговыми. Зачастую выявляется случайно.

Доброкачественные гигантоклеточные опухоли кости обычно возникают у лиц в возрасте от 20 до 30 лет и располагаются в эпифизах. На рентгенограмме проявляются как экспансивное литическое поражение. При визуализации на границе опухоли и здорового трабекулярного вещества кости определяются края без склеротического ободка. Простые костные кисты проявлялись клинически болью при физической нагрузке которая при покое не проявляла себя. Рентгенологически чаще определялась на уровне метафиза или метадиафиза кости, характеризуется четкими контурами кисты, кортикальный слой утол-

щается. В очаге образуется ячеистая структура, между эпифизарным полюсом кисты и зоной роста образуется участок склероза и ячеистой структуры.

Аневризматическая костная киста характеризуется болью в области поражения, при больших размерах деформацией и патологическим переломом. Рентгенологически отличается ячеисты образованием с нарушением кортикального слоя характеризуется литическим очагом деструкции, вздутием, истончением кортикального слоя, местами до его полного исчезновения, ростковая как зона не поражается. На компьютерной томографии характеризуется характернкм расширением на уровне поражения, истончением кортикального слоя но сохранением ее.

ВЫВОДЫ

Распознавание опухолей костей считается одной изнаиболее трудных задач в клинике костной патологии. Рентгенологический метод облегчает данную задачу. При этом рентгенография является наиболее распространенным и доступным метод визуализации доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей, доступна для постановки диагноза или стадии процесса. чувствительность превышает 80%.

Компьютерная томография позволяет более точно оценить степень повреждения кости и окружающих тканей, кроме того, чувствительность этого метода применима для диагностики ранних стадий остеоид-остеомы. МРТ оценивает распространение опухоли внутри кости, чувствительность метода возрастает при диагностике энхондром.

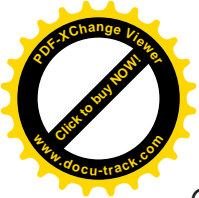
Знание клиники, характерной для каждого процесса, в сочетании с анамнестическими данными пациента необходимы для точной диагностики, в особенности дифференциальной диагностики процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, диагностика опухолей и опухолеподобных заболеваний костей нуждается в комплексном подходе и в знаниях как онкоортопеда так и рентгенолога. Однако, важнейший вопрос - доброкачественная или злокачественная опухоль - решается при гистоморфологическом исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зими́на О.Г., Кочергина Н.В., Молчанов Г.В. Комплексная диагностика опухолей костей. - Вестник РОНЦ. - 2004. - №1-2. -



С.38-41.

2. Домовитов С.В., Демичев Н.П. Клинико-рентгенологическая семиотика опухолей костей кисти. - Актуальные вопросы современной медицины: труды Астраханской государственной медицинской академии. - Астрахань, 2010. – 186 с.

3. Шолохова Н.А. К вопросу о дифферен-

циальной диагностике и лечении солитарных и аневризмозных заболеваний у детей. - X конгресс педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». - М., 2006. – С. 3.

4. Зацепин С.Т. Костная патология у взрослых: рук-во для врачей. - М.: «Медицина», 2001. С. 640.

АЯҚ-ҚОЛДАРДЫҢ ТҮТІК ТӘРІЗДІ СҮЙЕКТЕРІНІҢ КИСТОЗДЫ ПАЙДА БОЛУЛАР ДИАГНОСТИКАСЫНДАҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ-РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Н.З. НАЗАРОВА, С.У. АСИЛОВА, К.Н. ВАЛИЕВА, Г.Ш. УМАРОВА

Түсініктеме. Мақалада сүйектердің қатерсіз ісігі мен ісік тәрізді жағдайлардың клиникалық-рентгенологиялық ерекшеліктері ұсынылған. Зерттеу аяқ-қолдардың әртүрлі қатерсіз кистозды пайда болулары бар 51 пациенттің клиникалық және рентгенологиялық көрсеткіштерінің негізінде жүргізілді. Әр патологияны талдау нәтижесінде пайда болудың сипаттамасын анықтайтын айрықша клиникалық және рентгенологиялық белгілер, неғұрлым жиі оқшаулау, ауру сипаттамасы және болжам анықталды. Зерттеудің сәулелік әдістерінің дамуына қарамастан соңғы диагноз гистоморфологиялық зерттеуден кейін анықталады.

Негізгі сөздер: сүйек, қатерсіз ісіктер, дифференциалды диагностика, клиникалық зерттеулер, рентгенологиялық зерттеулер.

RESULTS OF CLINICORADIOLOGIC STUDIES IN DIAGNOSTICS OF CYST FORMATION OF LONG BONES OF LIMBS

N.Z. NAZAROVA, S.U. ASILOVA, K.N. VALIEVA, G.SH. UMAROVA

Abstract. The article presents the clinical and radiological features of benign bone tumors and tumor-like conditions. The study was conducted on the basis of clinical and radiological indicators of 51 patients with various benign cystic lesions of the limbs. As a result of the analysis of each pathology, specific clinical and radiological signs were identified that determine the nature of the formation, determine the most frequent localization, the nature of the disease, and predict the type of education. Despite the development of radiation research methods, the final diagnosis is verified exclusively after histomorphological research.

Key words: bone, benign tumors, differential diagnosis, clinical studies, X-ray.

УДК 617.3

ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СИНОВИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

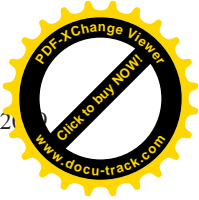
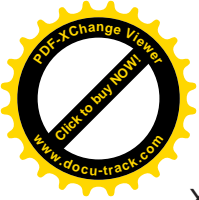
А.Н. НУРИАХМЕТОВ^{1,2}, И.Ф. АХТЯМОВ¹, Т.Ю. НУРИАХМЕТОВА¹

¹Казанский государственный медицинский университет,

²Республиканская клиническая больница, Казань

В статье проанализированы особенности уровня цитокинов синовиальной жидкости при длительном синовите коленного сустава вследствие травмы, остеоартрита и спондилоартрита.

Ключевые слова: синовит, остеоартрит, спондилоартрит, синовиальная жидкость, цитокины.



| | |
|--|-----|
| Холмуродов У.Т. РАННЯЯ АРТРОСКОПИЯ ОСТРОЙ ТРАВМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА – ЗАЛОГ ЭФФЕКТИВНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ..... | 206 |
| Шалатонина О.И., Кандыбо И.В. ИЗМЕНЕНИЯ В ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ И РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА | 210 |

ОРТОПЕДИЯ

| | |
|--|-----|
| Аydiн Gahramanov, Mazhar Tokgozoglu, Cemalettin Aksoy, Bulent Atilla GAIT ANALYSIS FOLLOWING GANZ PERIACETABULAR OSTEOTOMY | 213 |
| Азизов М. Ж, Касимова Г.Т, Ступина Н.В. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ВЫРАЖЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И РЕГИОНАРНОГО КРОВООБРАЩЕНИИ ПРИ КОКСАРТРОЗАХ | 215 |
| Антонов А.В., Воловик В.Е., Пальшин Г.А. ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ..... | 216 |
| Асилова С.У., Юсупов Б.Ш. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ АРТРОГЕННЫХ КОНТРАКТУР КИСТИ И ПАЛЬЦЕВ | 218 |
| Варганов Е.В., Полляк Л.Н., Мосин К.А. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОГЕННЫХ САРКОМ И ХОНДРОСАРКОМ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ВНЕСКЕЛЕТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ..... | 219 |
| Варганов Е.В., Бикмуллин Д.И. СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВОЙ ФОРМЫ ПИГМЕНТНОГО ВОРСИНЧАТО-УЗЛОВОГО СИНОВИТА КИСТИ - ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИИ, ОНКОЛОГИИ И РЕВМАТОЛОГИИ | 224 |
| Кирилина С.И., Сирота В.С., Айрумян В.А., Пронских А.А., Гусев А.Ф. ЭЛЕМЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ В ХИРУРГИИ СУСТАВОВ У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НА ФОНЕ СД 2 ТИПА | 228 |
| Кунопьянов Д.Б., Жумабеков А.Ю., Контаев А.Ж. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ | 233 |
| Мурзич А.Э. ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОНЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА С ПОМОЩЬЮ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК | 234 |
| Назарова Н.З., Асилова С.У., Валиева К.Н., Умарова Г.Ш. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ..... | 236 |
| Нуриахметов А.Н., Ахтямов И.Ф., Нуриахметова Т.Ю. ОСОБЕННОСТИ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ СИНОВИАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ СИНОВИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА | 239 |