

## ДВА СЛУЧАЯ ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТИ МЕЛОРЕОСТОЗОМ (БОЛЕЗНЬ ЛЕРИ-ЖОАНИ)

Э.С. Мирзоев

Дагестанская Государственная медицинская академия,  
ректор – д.м.н. профессор А.О. Османов  
г. Махачкала

Болезнь Лери-Жоани одно из самых загадочных заболеваний опорно-двигательного аппарата. До сегодняшнего дня её этиология не разгадана и не определена тактика метода лечения.

В литературе описано малое число случаев заболевания мелореостозом. Впервые это заболевание было описано в 1922 г. Лери и Жоани. Они сравнивали остеосклеротические полосы поражённой кости со стекающей вдоль поверхности свечи застывающим стеарином или воском. Заболевание протекает полиморфно, единой систематики поражения костной структуры нет. Каждый случай представляет свои неповторимые изменения и очертания. Морфологические изменения кортикального слоя могут поражать эндо- и периостальную структуры кости. Эндостально, в сторону костномозгового канала, суживая его (эндостальная форма) и наружу (периостальная форма).

Мелореостоз наблюдается в любом возрасте, но чаще в детском и юношеском. Начало и течение протекает латентно, из-за этого больные не могут точно отметить время начала заболевания. Клиническая картина относительно скудна. Иногда пациенты отмечают незначительные боли, усиливающиеся по ночам. Только в далеко зашедших случаях обращаются за врачебной помощью и при обследовании обнаруживают поражение костей со своеобразной патологией.

Приводим два случая наблюдений больных с данным заболеванием.

Б-ая М., 43 года, поступила в клинику с жалобами на ноющие боли в правой нижней конечности, усиливающиеся осенью и весной (рис.). Начала заболевания не помнит. Периодически лечилась в районной больнице с диагнозом ревматизм, ишиалгия. Улучшения не отмечала. За последние два года боли в области наружно-боковой поверхности бедра и коленного сустава, а также в голени усилились, появилась скованность и ограничение движений в коленном суставе. При клиническом обследовании на фоне умеренной гипотрофии и атонии мышц бедра и голени пальпировалась шероховатая плотной консистенции гиперплазия ткани по ходу наружно- боковой поверхности бедра, опухолевидные уплотнения периартикулярной ткани коленного сустава и по передней наружной поверхности большеберцовой кости. При

рентгенологическом обследовании обнаружена остеосклеротическая гиперплазия наружно-боковой поверхности бедренной кости, начиная с проксимального метафиза до дистального, сужение костномозгового канала. Опухолевидное разрастание в виде «цветной капусты» в области коленного сустава, которое заполняет верхний заворот.

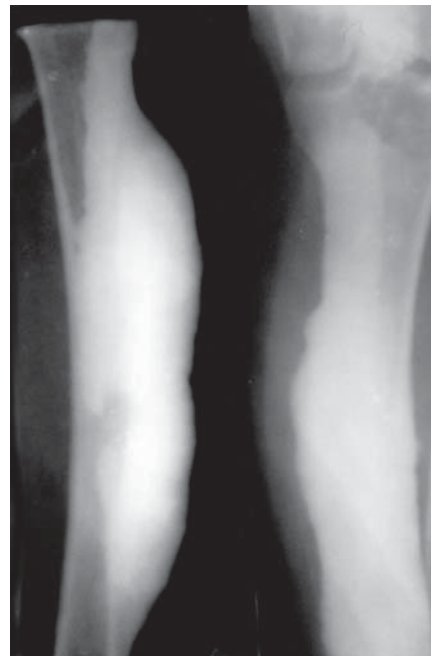


Рис. Рентгенограмма правой голени б-ой М., 43 года. По передне-внутренней поверхности большеберцовой кости определяется резкое склерозирование с утолщением кости.

Большеберцовая кость слегка саблевидно деформирована, костномозговой канал и кортикальная зона замещены остеосклеротической тканью на всём протяжении диафиза. В анализах крови, функция печени и почек без каких-либо патологических отклонений. Учитывая наличие остеосклеротического перерождения в области коленного сустава, ограничивающее функцию, а также болевой синдром, больную оперировали. Из области коленного сустава удалили остеосклеротическую массу и произвели плоскостную резекцию большеберцовой кости. Обратило на себя внимание то, что при резекции костная ткань крошилась кусками, как стекло, не было капиллярного кровоте-

чения, кость была сильно склерозирована. Послеоперационный период протекал без осложнений. Амплитуда движений в коленном суставе увеличилась, однако болевой синдром полностью не купировался.

Б-ой Б., 47 лет. Обратился за консультацией по поводу умеренной боли в левой кисти. Перенесенные травмы и заболевания отрицает. Начало заболевания не помнит. До последнего года боли носили спорадический характер. Лечился амбулаторно у разных специалистов, улучшения за последние 5 месяцев не отмечал. Боли усиливались особенно в ночное время, в связи с чем в очередной раз обратился за помощью.

При клиническом обследовании обнаружена умеренно выраженная локальная припухлость над проекцией 3 пястной кости с тыльной стороны, пальпаторно шероховатое уплотнение по её ходу. На рентгенограмме обнаружен серповидно склерозированный нарост на диафизе пястной кости с неровными волнообразными наружными краями.

Учитывая редкость этого заболевания, латентность начала и течения его, а также скудность клинических симптомов, описанные случаи представляют определённый клинический интерес.\*

От редакции

\*Ввиду отсутствия рентгенограмм по второму наблюдению, редакция берет на себя право печатать статью без иллюстраций, т.к. присланный автором рисунок не может быть достоверным.