© А.Д. Тараско, А.Е. Крестьянинов, 2011
УДК 616.5-089.844-06:616.5-001.52-004-07-089

А.Д. Тараско, А.Е. Крестьянинов

СЛУЧАЙ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ ВНУТРИКОЖНОЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ФИБРОДИСТРОФИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СВОБОДНОЙ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ

Кафедра хирургии, урологии и эндоскопии (зав. — проф. А.И. Баранов) ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» (ректор — проф. А.В. Колбаско)

Ключевые слова: гетерогенная оссификация, гетеротопическая оссифицирующая фибродистрофия, осложнение дермопластики, лечение.

Гетеротопическая оссифицирующая фибродистрофия — редкое заболевание, характеризующееся припухлостью мягких тканей, которая обусловлена гетеротопической минерализацией, проходящей через стадию энхондрального процесса, т. е. превращением соединительной ткани за счет прямой или непрямой метаплазии в костную ткань. Этиология и патогенез данного процесса до настоящего времени остаются мало изученными, а существующие схемы во многом умозрительны. Гетеротопическое образование кости может наблюдаться в самых разнообразных органах и тканях [1–3].

Поскольку гетеротопическая оссифицирующая фибродистрофия относится к числу редких заболеваний и ни один исследователь не имеет достаточного личного материала для научного анализа, описание каждого нового наблюдения может служить дополнением к имеющимся сведениям. В связи с этим приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная П., 70 лет, обратилась в Центр амбулаторной хирургии ГКБ № 2 г. Новокузнецка 10.11.2009 г. с жалобами на наличие инфильтрата и 2 гнойных свищей на задневнутренней поверхности правой голени. Из анамнеза выяснено, что в 1963 г. больная перенесла термический ожог нижних конечностей III степени, площадью 20%. Причиной ожога был взрыв паров бензина. Ожоговые раны были закрыты посредством дерматомной гомо- и аутодермопластики. В 2003 и 2007 гг. возникали изъязвления послеожоговых рубцов на левой голени, что потребовало их иссечения и применения аутодермопластики. В сентябре 2008 г. у больной был иссечен внутридермальный оссификат на этой же конечности с последующим длительным заживлением послеоперационной раны.

При осмотре отмечаются на голенях дегенеративно-дистрофические изменения кожных покровов: истончение эпидермиса, наличие прослоек зрелой рубцовой ткани. При осмотре: на заднемедиальной поверхности правой голени на

уровне средней трети выявлено внутрикожное уплотнение на площади 6×2,5 см с наличием двух свищей и скудного гнойного отделяемого. При зондировании свищей на дне определялась структура костной плотности. Учитывая анамнестические данные и объективный статус, поставлен диагноз: прогрессирующая оссифицирующая фибродистрофия. Исследование отделяемого из свищей на микрофлору не проводилось, поэтому данных о виде и характере микроорганизмов, участвующих в этом процессе, нет.

Произведено иссечение патологического образования под местной инфильтрационной анестезией (новокаин 0,5% — 25 мл). Учитывая предыдущий опыт (лечение этой же больной в 2008 г., когда после иссечения оссификата и первичного ушивания раны на левой голени возник краевой некроз), решено первичное закрытие раны не производить.

Макропрепарат: ромбовидный фрагмент кожи и подкожной клетчатки 3,5×1,5 см, в глубоких слоях дермы пластинчатое образование с неровными контурами, белого цвета, костной плотности.

Проведенное клинико-лабораторное исследование указывало на слабо выраженную воспалительную реакцию и отсутствие биохимических изменений, концентрация кальция, фосфора и магния была в пределах нормы. Гистологическое исследование от 28.01.2010 г.: образование, состоящее из переплетающихся пучков волокнистой фиброзной ткани с включением солей кальция и формированием примитивной костной ткани и остатками вытянутых фибробластных клеток; местами встречаются сосуды с утолщенными стенками. Окончательный диагноз: гетеротопическая оссифицирующая фибродистрофия.

Несмотря на применение ферментов, антибиотиков, биостимуляторов, рана очищалась медленно — в течение 1,5 мес. При этом рана имела размеры 6×2 см без признаков контракции и эпителизации, что не позволяло ожидать быстрого заживления. Для стимуляции эпителизации 22.12.2009 г. больной выполнена правосторонняя поясничная блокада по А.В. Вишневному 0,25% раствором новокаина 80 мл, и наложена окклюзионная цинк-желатиновая повязка с пастой Кефера на 4 нед. Через 4 нед повязка снята — рана полностью эпителизировалась.

Данное наблюдение подтверждает мнение, что гетеротопическое окостенение нередко возникает в рубцовой ткани. В описанном случае у больной, несмотря на длительный анамнез (45 лет с момента дермопластики), сохранились рубцово-дистрофические изменения в коже голени.

ней. Интересно, что оссификация возникла в глубоких слоях дермы, что проявилось образованием свищей с их инфицированием. Есть мнение, что хирургическое иссечение оссификатов бессмысленно и даже вредно, так как провоцирует возникновение новых очагов [1]. Но в данном случае иссечение оссификатов потребовалось для ликвидации гнойно-воспалительного очага. Кроме того, существует еще одна опасность: описаны случаи перехода гетерогенного костеобразования в саркому [2]. Следует учитывать длительное заживление ран вторичным натяжением после иссечения оссификата, так как первичное закрытие ран нередко сопровождается такими осложнениями, как краевой некроз, нагноение, расхождение краев раны, поскольку вмешательство происходит на дистрофически измененных тканях и иногда в условиях активной инфек-

ции. Поэтому следует использовать все известные способы для ускорения очищения и эпителизации раны. В нашем случае хороший результат был получен в результате применения сочетания поясничной блокады по А.В. Вишневскому и окклюзионной цинк-желатиновой повязки. Диспансерный осмотр через 3 мес — признаков рецидива нет.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Антелава О.А., Бельская Е.А., Лобжанидзе Т.Б. и др. Прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия // <http://www/rmj.ru/articles3711.htm>
2. Дьяченко В.А. Рентгенодиагностика обызвествлений и гетерогенных окостенений. — М.: Медгиз, 1960. — 226 с.
3. Шубин В.Н. Редкие хирургические болезни. — Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 1969. — 294 с.

Поступила в редакцию 25.05.2010 г.