



К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОИД-ОСТЕОМ ПОЗВОНОЧНИКА

А.А. Вишнеvский¹, С.А. Тиходеев¹, В.З. Микелтадзе²

¹Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

²Городская многопрофильная больница № 2, Санкт-Петербург

Проанализированы результаты лечения пациентов с доброкачественными опухолями, у которых при гистологическом исследовании выявлена остеоид-остеома. Показано, что на ранних стадиях диагностировать остеоид-остеома очень сложно, а купировать болевой синдром и добиться излечения можно только с помощью радикального хирургического вмешательства.

Ключевые слова: остеоид-остеома позвоночника, хирургическое лечение.

SPINAL OSTEOID OSTEOMA DIAGNOSIS AND TREATMENT REVISITED

A.A. Vishnevsky, S.A. Tikhodeev, V.Z. Mikeltadze

Results of treatment in patients with histologically defined benign tumors such as osteoid osteoma were analyzed. It was shown that diagnosis of osteoid osteoma at early stages can be difficult, and pain syndrome reduction and recovery can be achieved only using radical surgery.

Key Words: spinal osteoid osteoma, surgical treatment.

Hir. Pozvonoc. 2010;(4):65–67.

Остеоид-остеома — доброкачественное новообразование, которое встречается в 10–12% случаев опухолей костно-суставной системы и часто связано с интенсивной болью. Опухоль впервые описал Jaffe [6]. У женщин остеоид-остеома встречается в 4–5 раз реже, чем у мужчин. Чаще опухоль образуется в бедренной, большой берцовой или плечевой костях (с преимущественным поражением диафизов), однако встречается поражение позвоночника и ребер [1, 5, 8]. Сложности при постановке диагноза [4] и отсутствие стандартов в лечении заставили нас обратиться к проблеме этого заболевания.

В 1995–2009 гг. пролечены 32 пациента с доброкачественными опухолями позвоночника, у 3 (9,4%) при гистологическом исследовании выявлена остеоид-остеома. На догоспитальном этапе постановка диагноза была затруднительна: в 2 случаях диагноз установили через шесть месяцев с момента появления симптомов заболевания, в 1 — лишь через три года.

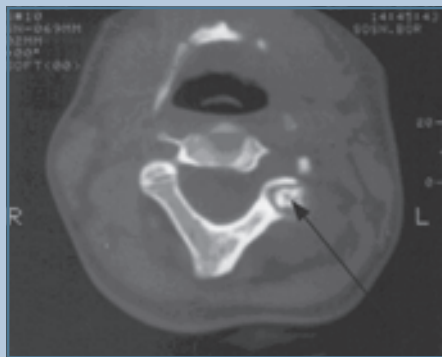
У пациентов имелся выраженный болевой синдром (5–7 баллов по визуальной аналоговой шкале), у 2 — корешковые нарушения в виде сегментарной гипестезии и миофасциальный синдром, у пациентки с локализацией остеоид-остеомы в шейном отделе на уровне С₂, кроме мышечно-тонического синдрома, имелись признаки вертебробазиллярной недостаточности; при доплерографии сосудов шеи на фоне проведения функциональных проб выявили асимметрию кровотоков по позвоночным артериям до 60%.

По спондилограммам и МРТ выявить остеоид-остеома было невозможно, лишь скintiграфия скелета позволила заподозрить заболевание. Подобные проблемы в диагностике отмечали и другие авторы [4].

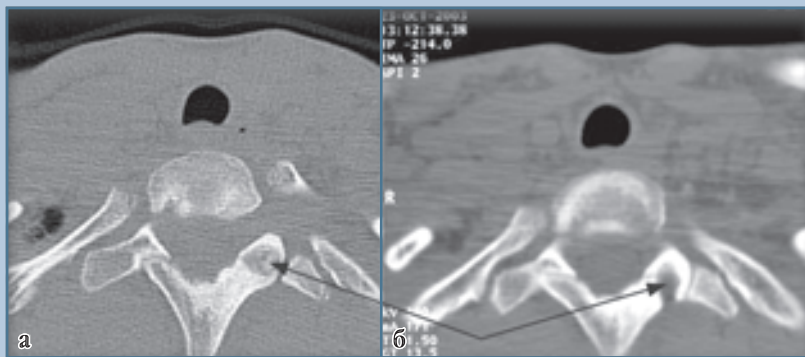
Пациенты с остеоид-остеомами предъявляли жалобы на почти постоянную боль в области локализации опухоли, усиливающуюся ночью и уменьшающуюся после приема анальгетиков. Считается, что основ-

ной причиной болевого синдрома является усиленная выработка простагландинов [3, 7]. При вертебральной форме остеоид-остеомы в основном поражаются суставные отростки и задние элементы позвонка. Опухоль растет медленно и может заполнить весь поперечник позвоночного канала, поэтому остеоид-остеома часто может имитировать неврологические заболевания, в частности дегенеративно-дистрофическое поражение позвоночника или поражения спинного мозга, что может затруднить постановку диагноза. На начальных стадиях пациентов безуспешно лечили по поводу дегенеративных заболеваний позвоночника, однако при МРТ-исследованиях не выявили характерной для межпозвонковой грыжи или стеноза картины. Решающим фактором в постановке диагноза пациентам с остеоид-остеома стала КТ (рис. 1).

Типичная остеоид-остеома представлена округлым очагом деструкции с крапчатыми включениями

**Рис. 1**

КТ пациентки Ч., 28 лет, с остеоид-остеомой дугоотростчатого сустава справа на уровне C_2 (отмечена стрелкой), вызывающей компрессию позвоночной артерии в сегменте V3

**Рис. 2**

КТ пациента А., 25 лет, с остеоид-остеомой дугоотростчатого сустава справа на уровне Th_{11} позвонка (стрелками отмечено гнездо опухоли):
а – до операции;
б – после операции

или уплотнением в центре, так называемым гнездом, окруженным зоной склероза, в диаметре не более 1,0 см, в то время как для остеобластомы характерно наличие нескольких очагов более 1,5–2,0 см с тенденцией к увеличению размеров (рис. 2).

Лечение остеоид-остеомы только хирургическое, единым блоком вместе с тонкой полоской прилегающей склерозированной кости. Несмотря на современные подходы в лечении остеоид-остеомы (радиочастотная термоабляция, эндоскопическая энуклеация), традиционное открытое удаление опухоли позволяет практически сразу же после операции добиться купирования болевого синдрома и излечения заболевания [2, 3].

Решающим в диагностике является морфологическое исследование, которое окончательно подтверждает или отрицает наличие остеоид-остеомы и позволяет дифференцировать ее с остеомиелитом, туберкулезом, остеогенной саркомой и костным абсцессом Броди. При микроскопи-

ческом исследовании гнездо опухоли представляет собой богатую сосудами остеогенную ткань с большим количеством клеток остеобластического ряда. Среди клеточных элементов расположены массы остеоида и слабо обызвествленные или остеоидные балочки. Очаг поражения может быть отделен от окружающей зоны склероза фиброзной тканью.

Отдаленные результаты у прооперированных пациентов зафиксировали в срок от 1 года до 15 лет. У всех после операции отметили регресс болевого синдрома и неврологических проявлений (исчезли гипестезия, признаки вертебробазиллярной недостаточности и миофасциальный синдром). Для профилактики рецидива опухоли в последующем необходимо ее облучение. Рецидивов опухоли не отмечали.

Выводы

1. На ранних стадиях врачу весьма сложно диагностировать остеоид-

остеому в связи с особенностями течения болезни, нечеткими жалобами самого пациента и сложностью обследования; при постановке диагноза решающими являются КТ и остеосцинтиграфия.

2. Для остеоид-остеомы характерны следующие признаки: круглой или овальной формы образование диаметром не более 2 см с однородной плотной структурой в центре и 1–2 мм в рентгенопрозрачной периферийной зоне.
3. Радикальное хирургическое вмешательство позволяет купировать болевой синдром и добиться излечения пациента. Для профилактики рецидива опухоли необходимо ее облучение и динамическое наблюдение за пациентом.

Выражаем благодарность сотрудникам Центрального научно-исследовательского института радиологии и рентгенологии за помощь в подтверждении диагноза и последующей специализированной терапии пациентов.

Литература

1. **Bahloul K., Xhumari A., Feydy A., et al.** Thoracic spine osteoid osteoma // Eur. J. Radiol. 2003. Vol. 46. P. 74–77.
2. **De Berg J.C., Pattynama P.M., Obermann W.R., et al.** Percutaneous computed-tomography-guided thermocoagulation for osteoid osteomas // Lancet. 1995. Vol. 346. P. 350–351.
3. **Greco F., Tamburrelli F., Ciabattoni G.** Prostaglandins in osteoid osteoma // Int. Orthop. 1991. Vol. 15. P. 35–37.
4. **Hartmann T., Preis C., Gabriel A., et al.** An osteoid osteoma as an undiagnosed cause of three years of severe pain // Anesth. Analg. 1997. Vol. 85. P. 1344–1345.
5. **Hoefel J.C., Lascombes P., Delgoffe C., et al.** Osteoid osteoma of the rib: a case report // J. Pediatr. Surg. 1993. Vol. 28. P. 738–740.
6. **Jaffe H.L.** Osteoid osteoma: a benign osteoblastic tumor composed of osteoid and atypical bone // Arch. Surg. 1935. Vol. 31. P. 709–728.
7. **Makley J.T., Dunn M.G.** Prostaglandin synthesis by osteoid osteoma [letter] // Lancet. 1982. Vol. 2. P. 42.
8. **Mazlout O., Saudan M., Ladeb M.F., et al.** Osteoid osteoma of the talar neck: a diagnostic challenge // Eur. J. Radiol. 2004. Vol. 49. N 2. P. 67–70.

Адрес для переписки:

Вишневский Аркадий Анатольевич
194354, Санкт-Петербург,
Учебный пер., 5,
Центр хирургии позвоночника,
vichnevsky@mail.ru

Статья поступила в редакцию 26.03.2010