

OSTEOID-OSTEOMA

Osteoid-osteoma xoş xassəli sümük mənşəli şiş olaraq, uzun illər boyu xroniki sklerozlaşan Qarre tipli və ya Brodi absessi, xroniki sklerozlaşan, irinsiz osteomielit adlandırılırdı. Bəzi alimlər – S.A.Reynberg(1964), A.İ.Dombrovskiy(1957), axırınçı illərə qədər osteoid-osteomanı xroniki iltihabı xəstəlik hesab edirdilər.S.A.Sviridov(1946),bu xəstəliyi qabıq absesi adlandırırđı. 1935-ci ildə Cefri 5 xəstəsinə əsaslanaraq, ilk dəfə bu xəstəliyi osteoid-osteoma adlandırmışdır.

Patoloq-anatom X.Berqstrand bu xəstəliyi sümüyün qüsurlu inkişafı kimi təsvir etmişdir. Sonrakı illərdə bir çox müəlliflərin–Jackson A.E., Dockerty M.B. (1949), Coley B.I.(1949),T.A.Кузнецова(1955),Т.П.Виноградова(1958),Б.Н.Цыпкин(1959),М.В. Вол-ков (1974),Tenson N. (1962), А.Г.Садыхов (1970) və digərlərin apardığı elmi-tədqiqatlar nəticəsində bu xəstəliyin şiş mənşəli olduğunu qətiyyətlə təsdiq olundu. Osteoid-osteoma ilə histoloji quruluşuna görə heç də seçilməyən, yalnız ölçüləri ilə böyük olan xoşxassəli osteoblastoma Ə.Dachlin və E.Jonson 1954-cü ildə nozoloji vahid kimi ayrılıb, bu şişə "Nəhəng osteoid-osteoma" adı verilmişdir. Bu növ şişlər B.N.Burd, A.П.Бережный həmmüəllifləri ilə (1998) fəqərələrdə öyrənilmişdir. Osteoid-osteoma ömrün ikinci və üçüncü onilliklərində təsadüf edilir. Şiş əsasən uzun borulu sümüklərin (qamış, bud) süngəri və kortikal qatında yerləşir. Osteoid-osteoma borulu sümüyün kortikal qatında yerləşdikdə skleroz zonası həm qalınlığına, həm də diafiz üzrə yayılmasına görə böyük vüsət alır. Bu vaxt güclü sümük artımları şişin yuvasını maskalaya (gizlədə) bilir, onu da kompüter tomoqrafiyası üsulu ilə aşkar etmək mümkün olur.

Osteoid-osteomanın əsas klinik simptomu get-gedə artan, şiddətli dərəcəyə çatan, ələlxüsüs gecələr əziyyət verən ağrılarıdır. Analgin və aspirin səciyyəvi ağrıkəsici təsir göstərir. Əlahiddə patoloji ocaq nəhiyyəsinin ağırlı olduğu müəyyən edilir. Bu vaxt yumuşaq toxunmalarda iltihab əlamətləri görünmür.

Elmi-Tədqiqat Travmatologiya və Ortopediya İnstitutun sümük patologiyası şöbəsində 55 il ərzində 47 xəstə, onlardan 15 il (1950-1964) müddətində 15 xəstə və 40 ildə (1965-2005) 32 xəstə osteoid-osteoma diaqnozu ilə müayinə və müalicə olmuşlar. Bu

xəstələrin 2/3 hissəsi, digər xəstəxanalarda Brodi absessi, sklerozlaşan Qarre osteomieliti, kortikalit və digər diaqnozu ilə müayinə olmuş və müalicə almışlar. Aparılmış konservativ və cərrahi müalicə kömək etmədiyi üçün xəstələr ağırlaşmış vəziyyətdə sümük patologiyası şöbəsinə daxil olmuşlar.

Bizim materiallara əsasən çox xassəli sümük şişlərin içərisində osteoid-osteoma 4,59% təşkil edir. Xəstələrin 21 qadın, 26 isə kişi olmuşdur. Xəstələrin yaşı 9 - 61 arasında olmuşdur, çox hissəsi yaşı üçüncü onilliyində müraciət etmişlər. Osteoid-osteomanın əsas simptomları ağrıdan, şişgənlikdən və xəstə ətrafın fəaliyyətinin pozulmasındandır. Adəti üzrə xəstəlik ətrafın ağrısı ilə başlayır, küt ağrılar bir müddətdən sonra daimi olur və tədricən şiddətlənir. Odur ki, xəstələr ağrı kəsici dərmanlardan, narkotik preparatlardan istifadə edirlər. Əllərdə ağrı nəyihəsində sümüyün qalınlaşması təyin edilir. Tədricən ağrı və şişgənlik ətrafın fəaliyyətinin pozulmasına səbəb olur. Xəstəlik uzun müddət davam edərsə, xəstə ətrafın əzələləri atrofiyaya uğrayır. 15 xəstədə ətrafın yaxın oynaqda kontraktura, əzələlərin atrofiyası təyin edilmişdir. Bu xəstəlikdə yerli və bədən hərəkəti normal olur. Osteoid-osteoma ən çox bud, qamış, bazu sümüklərində təsadüf edir.

Rentgenoloji, adəti üzrə, şiş sümüyün diafizində, o cümlədən stünqəri toxumada oynaqə yaxın nəhiyədə yerləşir. Şişin yuvası formalaşan tipik dairəvi, oval formada kiçik ölçüdə (1 sm diametrində), ətrafı skleroz toxuması ilə örtülmüş şəkildə təyin edilir. Sümüyün metafizi zədələndikdə onun qalınlaşması, diafiz zədələndikdə isə skleroz bir tərəfdə yarımdairəvi və cərgəyə bənzər düzlülərək qalınlaşır, homogen sklerozlaşmış periostitə bənzəyir. Ocağın özündə şəffaflaşmış hissədə kirəcləşmiş qırıntılar görünə bilər. Bəzən, adi rentgen müayinəsi zamanı şişin yuvası görünməyir. Ona görə də rentgen müayinəsinə bir neçə vəziyyətdə (7 xəstə) etmək və ya kompüter tomoqrafiyasından (8 xəstə) istifadə etmək lazım olub. Xəstələrin hamısı cərrahi yolla – sümüyün kənarı rezeksiya yolu ilə şişin yuvasının bütövlüklə xaric edilməsi ilə müalicə olunmuşdular.

Əməliyyat radikal olmalıdır, daha doğrusu patoloji ocağın-şişin yuvasını bütövlüklə xaric etmək lazımdır. Sümüyün hiperostozunu, sklerozunu tamamilə xaric etmək lazım deyil, ona görə ki, şişin yuvasını xaric etdikdən sonra skleroz, hiperostoz tədricən azalır. Qeyd etmək lazımdır ki, şişin hissəvi kəsib xaric etdikdə, (yuvasını tamamilə xaric etmədikdə) osteoid-osteoma tez bir zamanda residiv vermiş olur. Şiş falanqalarda olduqda falanqanın ekstripsiyası, sümük plastikası məsləhət görülür.

Qeyd etmək lazımdır ki, kliniki, rentgenoloji müayinələr əsasında osteoid-osteoma diaqnozu təyin edilmiş və cərrahi əməliyyatdan sonra kliniki diaqnoz xəstələrin əksəriyyətində təsdiq edilmiş, yalnız 4 xəstədə birincili xroniki osteomielit diaqnozu təyin edilmişdir.

Xəstələrin ikisində (bazu, bud sümüklərinin yuxarı 1/3-nin geniş sklerozuna görə) şişin yuvasının tamamilə xaric edilə bilməməsi residivlə nəticələnmişdir. Təkrari əməliyyat zamanı şişin yuvası tapılmış, bütövlüklə xaric edilmişdir. Beləliklə, müşahidələrimizə əsaslanaraq nəticəyə gəlirik ki, osteoid-osteoma sümük mənşəli çox xassəli şişdir. O, müəyyən qədər az təsadüf edilir, uşaq və gənc yaşlarda müşahidə

olunur. Osteoid-osteomanın klinik simptomları ağrı, şişgənlik və xəstə ətrafın fəaliyyətinin pozulmasından ibarətdir. Osteoid-osteomanın müalicəsi yalnız cərrahi yolla. Əməliyyat radikal aparılmalıdır. Operasiya zamanı sümüyün kənarı rezeksiyası, şişin yuvasının mütləq xaric edilməsindən ibarətdir. Falanqaların ekstripsiyası zamanı sümük transplantatlarından istifadə etmək lazımdır.

РЕЗЮМЕ

ОСТЕОИД-ОСТЕОМА

А.Г.Садыхов, В.Г.Вердиев, А.Г.Мирджавадова
НИИ травматологии и ортопедии Азербайджанской Республики

Остеоид-остеома относится к числу сравнительно редко встречающихся доброкачественных опухолей костей. В отделении костной патологии научно-исследовательского института травматологии и ортопедии за 55 лет (1950-2005) нами наблюдались и изучено 47 больных с остеоид-остеомой. Она является доброкачественной опухолью остеогенного происхождения, которая долгие годы неверно называлась хроническим склерозирующим, негнойным остеомиелитом типа Гарре или же абсцессом Броди. После работ ряда авторов - А.Джексона и М.Докерти (1949), Т.А.Кузнецова (1955), Т.П.Виноградова (1958), Б.Н.Цыпкина (1959), М.В.Волкова (1974), А.Г.Садыхова (1970) и др., прочно устанавливалась опухолевая характеристика этого заболевания.

Лечение остеоид-остеоиды оперативное. Оно должно быть радикальным. Операция производилась у всех 47 больных в виде краевой резекции пораженной кости с полным удалением очага (гнезда) опухоли. У 2-х больных с поражением верхней 1/3 бедренной (I), плечевой (I) костей ввиду обширного склероза гнездо опухоли было удалено не полностью. Поэтому у этих больных отмечен рецидив. При повторной операции гнездо опухоли найдено и удалено. В дальнейшем, со стороны всех оперированных больных никаких жалоб не отмечалось.

ƏDƏBİYYAT

1. Берченко Г.Н., Франтов А.Р. Трудности дифференциальной диагностики некоторых остеопроductive опухолей и опухолеподобных заболеваний кости у детей и подростков. В кн. «Оптимальные технологии диагностики и лечения в детской травматологии и ортопедии, ошибки и осложнения». Санкт-Петербург, 2003, с.356-358.
2. Бережный А.П., Снетков А.И., Котов В.Л. Хирургическое лечение остеоидной остеоиды в позвоночнике у детей (Вертебрология – проблемы, поиски, решения). Научная конференция Москва, 27-29 мая 1998 г.-М., 1998, с.215-216.

3. Бурдыгин В.Н. Остеоидная остеома и остеобластома позвоночника (клиника, диагностика и лечение). Автореферат диссертации, канд. мед. наук, 1993, с.15.
4. Виноградова Т.П. Остеоид-остеома. Журнал «Вестник рентгенологии и радиологии», 1958, № 5, с.24-29.
5. Волков М.В. Болезни костей у детей. Москва, 1974.
6. Кузнецова Т.А. К вопросу об остеоидных остеомах. Журнал «Вестник рентгенологии и радиологии», 1955, №6, с.69-73.
7. Садыхов А.Г. Доброкачественные опухоли костей. Азербайджанское Государственное Издательство, Баку-1970.
8. Рейнберг С.А. Так называемая остеоид-остеома. В кн.: «Рентгено-диагностика заболеваний костей и суставов», Издательство «Медицина», Москва-1964б кн.1, с. 321; кн.2, с.393.
9. Свиридов С.А. «Своеобразное течение остеомиелитов и кортикальных абсцессов». Журнал «Хирургия», 1946, № 5, с. 46-51.
10. Бурдыгин В.Н. «Травматология и Ортопедия». Руководство для врачей, том 3, Москва, 1997, с.581.
11. Домбровский А.Н. «О так называемой остеоидной остеоме». Журнал «Вестник рентгенологии и радиологии», 1957, № 1, с.85-91.
12. Coley B.I. Osteoid-osteoma. Am J. Surg, 1949, 77, 1, 39.
13. Tenson N. Osteoid-osteoma. Chirurg Jugoslavia, 1962, 2, 2, 184-188.
14. Jackson A.E., Dockerty M.B. Osteoid-osteoma. Proc. Mayo Clin., 1949, v.24, p.380-388.