

© М. Д. ПРОЦАЙЛО, Н. М. ДЗЮБАНОВСЬКА

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”
Тернопільська міська дитяча поліклініка

Рідкісний випадок остеоїд-остеоми

Описано клінічний випадок атипичного клінічного перебігу остеоїд-остеоми (ОО) проксимального кінця стегна з функціональними розладами. Особливість даного клінічного випадку полягав у тому, що ОО була розташована глибоко в ділянці кульшового суглоба під масивним м'язовим шаром біля сідничного нерва. Больовий синдром поширювався за ходом даного нерва в колінний суглоб, маскуючи істинне розташування пухлини. Тому вважали, що причина больового синдрому криється в колінному суглобі, голові, спинному мозку, підозрювали ревматоїдний артрит, бореліоз, парез ноги, психосоматичні розлади.

Ключові слова: кістка; гніздо; біль; остеоїд-остеома.

Остеоїд-остеома (ОО) – доброякісна пухлина остеогенного походження. Вперше описана Bergstrad в 1930 р. (Бергстранда синдром). Остаточна причина не вивчена. Клініка ОО досить типова і характеризується нічним болем, точною локалізацією больового синдрому, резистентністю до консервативного лікування (протизапальна, знеболювальна терапія) [1].

Підлягає тільки операційному лікуванню – видалення пухлини одним блоком у межах здорової тканини. Можливий рецидив ОО, якщо залишити частинку пухлин [2].

Найчастіше хворіють діти і молоді особи чоловічої статі, в чотири рази частіше, ніж дівчатка. Вік пацієнтів коливається від восьми до двадцяти років. Найчастіше ОО локалізується в стегновій кістці, кістках гомілки та плеча [3].

Рентгенологічна картина має свої особливості. ОО віалізується вогнищем розрідження кістки, так зване гніздо пухлини діаметром до 1 см, округлої або овальної форми. В середині гнізда розташовані щільні, просоподібні вкраплення. Навколо гнізда пухлини кістка склерозована, веретеноподібно деформована з чіткими контурами [4, 5].

Під нашим спостереженням знаходився хлопчик віком 7 років. Перебіг захворювання з самого початку був нетиповим, що зумовило довготривале, неефективне, симптоматичне лікування і обстеження хворого протягом півтора року з моменту хвороби.

У травні 2016 р. безпричинно виник біль у правому колінному суглобі. Дитина консультована ортопедом. На рентгенограмі суглоба в 2-х проєкціях, магнітно-резонансній томограмі (МРТ), ультразвуковому обстеженні суглоба (УЗД) патології не виявили. Лікувався амбулаторно, отримувал вітаміни, нестероїдні протизапальні препа-

рати, але біль в колінному суглобі посилювався, особливо вночі.

Повторно оглянутий ортопедом, ревмокардіологом, запідозрено ревматоїдний артрит. На рентгенограмі кульшових суглобів, УЗД колінного суглоба ніяких змін не виявили. Ревмопроби – в межах норми.

Оскільки больовий синдром у колінному суглобі посилювався, дитину скерували на обстеження в інфекційне відділення з підозрою на бореліоз, глистну інвазію. Бореліоз не підтвердився.

Біль посилювався, виникла кульгавість, атрофія мускулатури правої ноги. Запідозрено парез правої нижньої кінцівки, психосоматичні розлади в дитини. Скерована на консультацію в ОМХАДТИД м. Львова. Додатково здійснено МРТ головного та спинного мозку – патологічних змін не побачили. Отримувала симптоматичне лікування – знеболювальні, протизапальні препарати, вітаміни.

Через півтора року з моменту захворювання біль в колінному суглобі в нічний час настільки посилювався, що дитина прокидалася, приймання знеболювальних давало короткочасний ефект. При огляді дитина кульгала на праву ногу. Атрофія мускулатури стегна та гомілки в межах 1 см. Рухи в колінному та кульшовому суглобах в межах норми. На рентгенограмі кульшових суглобів у положенні Лауенштейна на внутрішній частині шийки правого стегна виявлено вогнище просвітлення кісткової тканини овальної форми 1x1,5 см із чіткими краями без потовщення кортикального шару над утворенням. Діагностовано ОО. Виконано операцію – резекцію ОО в проксимальному відділі правого стегна, вогнище ураження видалено одним блоком. Після операції біль не турбує, поступово відновилася хода, рана загоїлась первинними натягом.

ПОВІДОМЛЕННЯ

Особливість даного клінічного випадку полягає в тому, що ОО була розташована глибоко в ділянці кульшового суглоба під масивним мускульним шаром біля сідничного нерва. Больовий синдром поширювався за ходом даного нерва в колінний суглоб, маскуючи істинне розташування пухлини. То-

му вважали, що причина больового синдрому криється в колінному суглобі, голові, спинному мозку, запідозрювали ревматоїдний артрит, бореліоз, парез ноги, психосоматичні розлади.

Тільки операційне лікування дало бажаний результат.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. gidmed, com> osteoid-osteoma.
2. www. eurolab. ua> diseases
3. medbooking. com > articl>oncologia
4. htths: // nebolet. com.ua>...

5. Fritz Hefti. Pediatric orthopedics in practice. Springer – Verlag. Berlin. Heidelberg. 2007. Translated into English from the German by Robert Hinchliffe, Lorrach. 781.

REFERENCES

1. gidmed, com> osteoid-osteoma.
2. www. eurolab. ua> diseases
3. medbooking. com > articl>oncologia
4. htths: // nebolet. com.ua>...

5. Fritz Hefti (2007). Pediatric orthopedics in practice. Springer – Verlag. Berlin. Heidelberg. Translated into English from the German by Robert Hinchliffe, Lorrach.

Отримано 19.07.2017

M. D. PROTSAILO, N. M. DZUBANOVSKA

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

A RARE CASE OF OSTEOID OSTEOMA

The article adduces a clinical case of untypical diseases osteoid osteoma of proximal part of femur with functional disorders. Feature of this clinical case was that osteoid osteoma is located deeply in the area of hip joint under a massive muscular layer near the sciatic nerve. Pulmonary syndrome was spread in the course of the given nerve in the knee, masking the true location of the tumor. Therefore, the cause of pain syndrome was repeatedly for a knee joint, a head.

Key words: bone; nest; pain; osteoid-osteoma.

М. Д. ПРОЦАЙЛО, Н. М. ДЗЮБАНОВСКА

ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины"
Тернопольская городская детская поликлиника

РЕДКОСТНЫЙ СЛУЧАЙ ОСТЕОИД-ОСТЕОМЫ

Описан клинический случай атипичного клинического протекания остеоид-остеомы (ОО) проксимального конца бедра с функциональными нарушениями. Особенность данного клинического случая состояла в том, что ОО располагалась глубоко под мышцами тазобедренного сустава. Болевой синдром иррадиировал по ходу седалищного нерва в коленный сустав маскируя истинное расположение опухоли. Поэтому считали, что причина болевого синдрома скрывается в коленном суставе, голове, спинном мозгу, подозревали ревматоидный артрит, бореллиоз, парез ноги, психосоматические нарушения.

Ключевые слова: кость; гнездо; боль; остеоид-остеома.