

Р. А. КАРАПЕТЯН

К КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ
ХОНДРОБЛАСТОМЫ КОСТИ

Приводится описание клинико-рентгенологической картины 15 случаев хондробластомы кости. Эта относительно редкая опухоль, встречающаяся преимущественно в детском и юношеском возрасте, как правило, локализуется в метаэпифизарных отделах длинных трубчатых костей.

Одним из ранних клинических проявлений хондробластомы является наличие болей в области поражения, интенсивность которых не соответствует степени поражения.

Рентгенологическая картина характеризуется наличием различной величины и формы солитарного поражения, которое располагается как в центральных, так и периферических отделах костей. Нередко очаг поражения вызывает истончение и вздутие коркового слоя. Типичным для хондробластомы является крапчатое обызвествление. Наличие ячеистого рисунка и выраженного склероза вокруг очага создают трудности в диагностике.

Хондробластома является относительно редким заболеванием. По некоторым литературным данным [6 и др.], она составляет около 1% всех первичных новообразований скелета. М. В. Волков [2] наблюдал хондробластому в 1,13% случаев всех первичных опухолей и дисплазий костей у детей.

Настоящая работа основана на изучении 15 случаев хондробластомы, наблюдавшихся в отделении костной патологии Центрального института травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения СССР. У 12 человек опухоль обнаружена в возрасте от 11 до 20 лет, у 3—от 20 до 30 лет.

Хондробластома преимущественно развивалась в длинных трубчатых костях (10 случаев), при этом преобладало поражение нижних конечностей. Патологические изменения у 4 больных локализовались в костях стопы, у одного—в лопатке.

Одним из ранних и ведущих симптомов хондробластомы являются боли. В ряде случаев над пораженным отделом кости выявляется ограниченная припухлость, умеренно болезненная при пальпации. При расположении хондробластомы вблизи сустава наблюдается нарушение его функции, в 5 случаях эпифизарного поражения определялся выпот в суставе.

Изучение собственного материала и опубликованных в литературе данных показывает, что наиболее частой локализацией для хондробластомы является область зоны росткового хряща. Особенно наглядно это

видно при локализации опухоли в длинных трубчатых костях. В эпифизе опухоль располагалась в 3, а в метафизе—7 случаях.

Рентгенологически хондробластома обычно проявляется в виде остеолитического очага деструкции округлой или овальной формы. Чаще всего этот очаг располагается эксцентрично. Он проявляется в виде участка равномерного просветления в кости, что обусловлено чередованием множественных фокусов хрящевой ткани, имеющих различную степень плотности и обызвествлений. Чаще всего участки обызвествления мелкие, с крапчатой структурой. По нашим данным, в большинстве случаев очаги деструкции имели диаметр от 2 до 6 см, что совпадает с данными литературы [4, 7].

Корковый слой над опухолью истончен, местами целостность его нарушена, что, однако, не говорит об инфильтративном росте и озлокачествлении. На некотором расстоянии от очага поражения в 4 случаях наблюдалась слабовыраженная периостальная реакция в виде линейного периостита. Некоторые авторы [3, 7 и др.] считают этот симптом постоянным рентгенологическим признаком при хондробластоме.

В качестве иллюстрации клинико-рентгенологической картины хондробластомы приводим следующее наблюдение.

Б-я Ц., 14 лет, поступила 29/III 1968 г. с жалобами на ноющие боли в левом коленном суставе. Боли усиливались к вечеру, после ходьбы. Иногда они имели острый характер.

Больна с марта 1967 г. В поликлинике были назначены парафиновые аппликации на область левого коленного сустава, которые эффекта не дали. С диагнозом «остеомиелит» больная была госпитализирована. После проведенного клинико-рентгенологического обследования появилось подозрение на туберкулезное поражение левого коленного сустава, и девочку направили на консультацию в Институт туберкулеза. Там был поставлен диагноз доброкачественной кисты верхней трети левой большеберцовой кости.

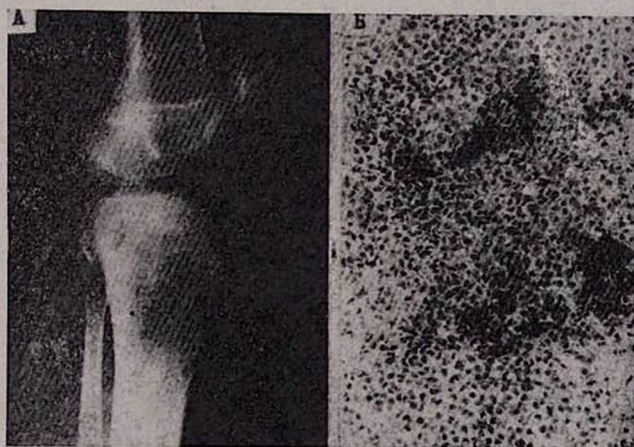


Рис. 1. Б-я Ц., 14 лет. А. На рентгенограмме определяется округлой формы очаг деструкции с зоной уплотнения вокруг. Б. Микроскопическое строение опухоли: участки разрастания хондробластов с образованием хрящевого основного вещества. Окраска гематоксилин-эозином. $\times 40$.

При пальпации отмечается ограниченная припухлость по задней поверхности области коленного сустава. Нерезко выраженная сгибательная контрактура.

Рентгенологически (рис. 1, А) в заднем отделе проксимального эпифиза большеберцовой кости определяется округлой формы очаг деструкции размером $2,5 \times 3$ см, доходящий до суставной поверхности. Кость на этом месте слегка «вздута», корковый слой на отдельных участках прерван. Вокруг выявляется широкая зона склероза. Вдоль задней поверхности метафиза выявляются линейные периостальные наслоения.

Заключение—хондробластома левой большеберцовой кости. Произведена операция—краевая резекция проксимального отдела большеберцовой кости с замещением дефекта гомотрансплантатом.

Патологоанатомическое исследование подтвердило диагноз (рис. 1, Б).

Приведенное наблюдение подчеркивает трудности клинико-рентгенологического распознавания хондробластомы. Эпифизарное расположение и нарушение целостности коркового слоя дали повод диагностировать туберкулезное поражение. Мы на основании отсутствия регионарного остеопороза, сужения суставной щели и клиники высказались за хондробластому, что и было подтверждено микроскопическими исследованиями.

Изучение нашего материала показывает, что в 7 случаях из 15 был поставлен диагноз хондробластомы на основании только клинико-рентгенологического исследования. Однако в 8 случаях до гистологического исследования указанными методами исследования опухоль не была распознана, и этим больным были поставлены ошибочные диагнозы—остеобластокластома, хондрома, туберкулез.

Анализ ошибок рентгенологической диагностики показал, что наиболее часто хондробластома ошибочно принимается за остеобластокластому. Это связано с тем, что указанное заболевание локализуется часто в эпифизарных отделах костей и вызывает истончение коркового слоя. Однако для остеобластокластомы, в отличие от хондробластомы, не типично крапчатое обызвествление, что и явилось для нас дифференциально-диагностическим критерием.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить следующее.

1. Хондробластома—относительно редкая опухоль, поражающая преимущественно детский и юношеский возраст, локализующаяся, как правило, в области зоны росткового хряща. Из литературных и наших данных следует, что наиболее часто хондробластома локализуется в метаэпифизарных отделах длинных трубчатых костей, однако в отдельных случаях она может быть обнаружена и в губчатых и плоских костях.

2. Одним из ранних клинических проявлений хондробластомы является наличие болей в области поражения, интенсивность которых не соответствует степени поражения. Выраженность клинической картины находится в зависимости от возраста больного и локализации патологического процесса. У лиц старшего и пожилого возраста клинические проявления выражены значительно слабее.

3. Рентгенологическая картина хондробластомы характеризуется наличием различной величины и формы очага солитарного поражения, который может располагаться как в центральных, так и периферических отделах кости. Нередко очаг поражения вызывает истончение и

вздутие коркового слоя. Типичным для хондробластомы является крапчатое обызвествление. Наличие ячеистого рисунка и выраженного склероза вокруг очага создает большие дифференциально-диагностические трудности.

Центральный институт травматологии
и ортопедии МЗ СССР, Армянский
институт рентгенологии и онкологии
МЗ АрмССР

Поступила 27/XII 1971 г.

Ռ. Ա. ԿԱՐԱՊԵՏՅԱՆ

ՈՍԿՐԻ ԽՈՆԴՐՈՐԱՍՏՈՄԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱ-ՌԵՆՏԳԵՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հոդվածում բերվում է ոսկրային խոնդրոբլաստոմայի 15 դեպքերի կլինիկա-ռենտգենոլոգիական պատկերի նկարագրությունը: Սա համեմատաբար սակավ հանդիպող ուռուցք է: ավելի հաճախ դրսևորվում է մանկական և պատանեկան տարիքում: Ուռուցքի տեղադրությունը սովորաբար երկար խողովակավոր ոսկրերի մետաէպիֆիզար մասերում է: Խոնդրոբլաստոմայի վաղ կլինիկական նշաններից մեկը ցավի զգացողությունն է ախտահարված շրջանում: Նրա ինտենսիվությունը չի համապատասխանում ախտահարման աստիճանին:

Հիվանդության ռենտգենոլոգիական պատկերը բնորոշվում է ոսկրերի ինչպես կենտրոնական, այնպես էլ պերիֆերիկ հատվածներում տեղավորված տարբեր մեծության և ձևի սոլիտար գոյացությունների առկայությամբ: Հաճախ ախտահարման օջախը առաջ է բերում կեղևային շերտի բարակում և փրկում: Խոնդրոբլաստոմային բնորոշ է օջախի կետավոր կրակալումը: Օջախի շուրջը եղած բջջանման պատկերը և արտահայտված սկլերոզը դժվարացնում են ճիշտ ախտորոշումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Виноградова Т. П., Голубев Н. А. Архив патологии, 1960, 7, стр. 20.
2. Волков М. В. В кн.: Костная патология детского возраста (опухолевые и диспластические заболевания костей). М., 1968.
3. Житницкий Р. Е. Дисс. канд. М., 1964.
4. Jaffe H. L. Tumors and Tumorous Conditions of the Bones and Joints. Philadelphia, 1958.
5. Jaffe H. L., Lichtenstein L. Amer. J. Path., 1942, 18, 969.
6. Kunkel M., Dahlin D., Young H. J. Bone Jt Surg., 1956, 38-a, 4, 817.
7. Plum G., Pugh D. Amer. J. of Roentgenology, 1958, 72, 4, 584.