

Остеома — доброкачественная первичная опухоль кости.

Различают компактные, губчатые и смешанные (медуллярные) остеомы.

Локализуются остеомы чаще по краю кости. Клиническая картина. Обнаруживается плотное неподвижное образование, растет по периферии, медленно. Боль незначительна. В случае прорастания остеомы внутренней пластинки костей свода черепа могут появляться расстройства функций головного мозга и головная боль.

Рентгенологически опухоль представляет собой продолженное костное вещество, растущее по периферии. Остеопороза и деструкции костной ткани нет.

Гистологически остеома отличается от зрелой здоровой кости грубой трабекулярной структурой с расположенными в ней каналами и внутрикостными сосудами. **Лечение** оперативное. Показаниями являются болевой синдром и увеличение опухоли. Вид вмешательства — краевая резекция с удалением надкостницы, покрывающей опухоль. Прогноз благоприятный.

Остеоидостеома — часто встречающаяся у детей доброкачественная опухоль, частота ее составляет 4,3% от всех доброкачественных опухолей. Впервые выделена как самостоятельное заболевание в 1935 г. Н. Jaffe. Наиболее часто локализуется в бедренной, большеберцовой и плечевой костях.

Жалобы специфические — резкие боли ноющего характера, усиливающиеся ночью. С начала болезни они редкие и слабые, но с развитием заболевания усиливаются и лишают больного сна. Боль локализуется точно над очагом, возможна [иррадиация](#). Очень редко боль может отсутствовать. Возможны местные изменения — небольшая припухлость над очагом в кости, покраснение кожи, местное повышение температуры кожи без общей реакции. Изнуряющая боль с наличием деформации может приводить к нарушению функции конечности. При длительном заболевании, как правило, развиваются атрофия мягких тканей, а впоследствии — контрактуры суставов с нарушением походки. Описаны случаи вторичных артритов при околоуставных расположениях остеоидостеомы.

Продолжительность болезни до обращения к врачу обычно составляет от 6 месяцев до 2 лет. При лабораторных исследованиях каких-либо изменений не выявляется.

Рентгенологическая картина характеризуется небольшим очагом разрежения диаметром до 1 см. Непосредственно сама опухоль имеет плотные костные включения и

окружена зоной склероза. При расположении опухоли в метафизе конец кости может булавидно утолщаться. При расположении в диафизе склероз придает кости веретенообразный вид. **Лечение** заключается в резекции опухоли с замещением дефекта гомотрансплантатами.

Солитарная киста кости. Изолированная киста кости, или юношеская киста (по В. Д. Чаклину, 1974), наблюдается у подростков с 9 до 14 лет. Заболевание часто поражает плечевую и бедренную кость в области проксимального метафиза. Причиной, вероятно, служит травма. По данным Т. П. Виноградовой (1960), эта киста представляет собой гигантоклеточную опухоль. [Остеоидостеома](#) бедренной кости с гиперостозом и гнездом опухоли (рентгенография жестким излучением). Вначале деструкция кости возникает в центре, затем распространяется по периферии и дистально. Наконец, наступает деструкция коркового слоя с веретенообразным утолщением кости. Нередко истончение коркового слоя ведет к патологическому перелому. Течение болезни в основном бессимптомное, лишь временами появляется ноющая боль. Внезапное возникновение перелома говорит о патологическом процессе в кости. Такие переломы, как правило, срастаются. Иногда отмечается уменьшение кисты, вплоть до ее исчезновения.

Лечение

заключается в резекции опухоли с ауто- и гомопластикой дефекта.

Материалы по теме:

- 1) [Вентиляционно-перфузионные отношения](#)
- 2) [Особенности операций при циррозе печени](#)
- 3) [Особенности лечения доброкачественных опухолей кисти](#)