

ДИФFUЗНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ СКЕЛЕТНЫЙ ГИПЕРОСТОЗ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ У ПАЦИЕНТА С ДИСФАГИЕЙ И ДИСПНОЭ

© Н.В. Логинов

ГБУЗ МО Коломенская центральная районная больница, Коломна, Россия

В статье описано клиническое наблюдение пациента с диффузным идиопатическим скелетным гиперостозом (болезнью Форестье) с поражением шейного отдела позвоночника и выраженными явлениями дисфагии и диспноэ. Данный случай наглядно демонстрирует сложности диагностики и лечебной тактики при данном заболевании и поднимает вопрос о необходимости диагностической настороженности в отношении диффузного идиопатического скелетного гиперостоза у пациентов с прогрессирующими дисфагией и диспноэ, причем не только у лиц пожилого и старческого, но и более молодого возраста (возраст описанного пациента – 56 лет, тогда как 95% описанных в англоязычной литературе случаев приходится на возраст старше 60 лет).

Ключевые слова: позвоночник, гиперостоз, болезнь Форестье, диффузный идиопатический скелетный гиперостоз, дисфагия, диспноэ.

DIFFUSE IDIOPATHIC SKELETAL HYPEROSTOSIS: DIFFICULTY OF DIAGNOSIS IN A PATIENT WITH DYSPHAGIA AND DYSPNEA

N.V. Loginov

Kolomna Central Regional Hospital, Kolomna, Russia

In the article a rare clinical observation of a patient with diffuse idiopathic skeletal hyperostosis with damage to the cervical spine and pronounced dysphagia and dyspnea is presented. The described case vividly demonstrates difficulties in diagnosis and treatment tactics of this disease and raises the question of necessity of diagnostic alertness to the diffuse idiopathic skeletal hyperostosis in patients with progressive dysphagia and dyspnea, not only in those of aged and old age, but also in younger patients (the age of described patient was 56 years, while in 95% of cases described in the international literature, patients were above 60).

Keywords: spine, hyperostosis, Forestier's disease, diffuse idiopathic skeletal hyperostosis, dysphagia, dyspnea.

Диффузный идиопатический скелетный гиперостоз (ДИСГ) – термин, предложенный D. Resnick, также известен как болезнь Форестье. Заболевание впервые описали J. Forestier и J. Rots-Querol (1950), предложив называть его анкило-

зирующим старческим гиперостозом позвоночника [1].

ДИСГ характеризуется окостенением передней продольной связки, с преимущественным поражением грудного и шейного отделов позвоночника [2]. Его этиология до



конца не ясна, ведущую роль в этиопатогенезе отводят процессам инволюции соединительной ткани в результате старения [1]. Ряд авторов полагают, что болезнь Форестье может быть спровоцирована нейроэндокринными нарушениями (сахарным диабетом, ожирением) [3,4]. Заболевание имеет вялотекущий характер, впервые проявляется в сенильном возрасте, варианты клинической картины зависят от распространенности процесса и объема разрастаний костных оссификатов. Большинство случаев ДИСГ проходят бессимптомно. При наличии клинической картины чаще отмечается болевой синдром и явления дисфагии [5-7].

В единственный доступный в литературе мета-анализ ДИСГ (Dutta S. et al., 2014) было включено всего 73 случая заболевания при том, что проанализированные авторами публикации охватили период с 1973 по 2010 гг. включительно. В 94,52% случаев пациенты были старше 60 лет [8].

В статье представлено наше клиническое наблюдение – случай ДИСГ с редкими проявлениями (дисфагией и диспноэ) у пациента относительно молодого для этого заболевания возраста – 56 лет.

Пациент Ф., 56 лет поступил в нейрохирургическое отделение ГБУЗ МО Коломенская центральная районная больница 07.09.2017.

Из анамнеза известно, что с 2007 г. наблюдался в поликлинике по месту жительства, когда перенес обострение хронического ларингита. В 2011 г. лечился в неврологическом отделении ГБУЗ МО Коломенская центральная районная больница с диагнозом: ишемический инфаркт в вертебробазилярном бассейне с глазодвигательными нарушениями. В последующем наблюдался у невролога по поводу указанного диагноза. С 2013 г. стал отмечать периодически возникающие затруднения при приеме пищи, по поводу чего была выполнена рентгеноскопия желудка с барием (24.10.2013).

Результат рентгеноскопии. Проксимальный отдел пищевода выглядит деформированным, с крупным неправильной формы дефектом наполнения в левой половине.

Заключение: объемный процесс проксимальных отделов пищевода в левой половине его.

В апреле 2017 г. находился на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении по поводу закрытых переломов дужки позвонка С5, тела позвонка С2, ушиба шейного отдела спинного мозга (травма получена в дорожно-транспортном происшествии). После курса консервативного лечения (анальгетики, иммобилизация шейным ортезом) выписан на амбулаторное лечение с регрессом болевого синдрома.

В июне 2017 г. выполнена **компьютерная томография шейного отдела позвоночника**. *Заключение: объемное образование гортани.*

В отделении оториноларингологии в связи с прогрессирующим нарушением дыхания выполнена трахеостома. Рекомендована биопсия образования.

В сентябре 2017 г. самостоятельно обратился в нейрохирургическое отделение по поводу жалоб на боли в шейном отделе позвоночника, прогрессирующее нарушение глотания. Госпитализирован.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, умеренного питания; кожные покровы обычной окраски, чистые; дыхание через трахеостому. Соматически – без особенностей.

В неврологическом статусе: черепно-мозговые нервы без особенностей. Сила в руках снижена до 4 баллов. Сухожильные рефлексы с рук резко оживлены, больше справа, с нижних конечностей – живые, симметричные. Гипостезия в зоне иннервации С4, С5, С6 корешков с обеих сторон.

На **рентгенограмме** (рис. 1) и **компьютерной томограмме шейного отдела позвоночника** значимых признаков стеноза позвоночного канала нет; перелом тела позвонка С2 в стадии консолидации. Очевидных признаков объемных образований на уровне шеи нет. Грубые остеофиты по передней поверхности тел позвонков С3-С6, по размерам сопоставимые с размерами тел позвонков, с признаками грубой компрессии гортани и пищевода.



Рис. 1. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника в боковой проекции

Клинический диагноз: Остеохондроз, деформирующий спондилез шейного отдела позвоночника со стенозом остеофитами гортани, пищевода. Проведено удаление спондилеза, остеофитов шейного отдела позвоночника (12.09.2017): доступом по передней поверхности шеи были обнажены остеофиты позвонков С3-С6,

удалены с использованием долот и корончатых фрез.

В послеоперационном периоде отмечалась положительная динамика – нормализация дыхания и акта глотания (дисфагии, диспноэ не отмечалось). Трахеостома удалена через 7 суток (рис. 2). Выписан в удовлетворительном состоянии.



Рис. 2. Вид пациента на момент выписки

Заключение

Таким образом, описанное клиническое наблюдение наглядно демонстрирует сложности диагностики и лечебной тактики у пациента с диффузным идиопатическим скелетным гиперостозом (болезнью Форестье) с поражением шейного отдела позвоночника и выраженными явлениями дисфагии и диспноэ.

Данный случай поднимает вопрос о необходимости диагностической настороженности в плане данного заболевания у пациентов с прогрессирующими дисфагией и диспноэ, причем не только у лиц пожилого и старческого, но и более молодого возраста (возраст нашего пациента – 56 лет, тогда как 95% описанных в англоязычной литературе случаев приходится на возраст старше 60 лет).

Литература

1. Forestier J., Rotes-Querol J. Senile Ankylosing Hyperostosis of the Spine // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1950. №9. P. 321-330. doi:10.1136/ard.9.4.321
2. Resnick D., Niwayama G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) // *Radiology*. 1976. Vol. 119, №3. P. 559-568. doi:10.1148/119.3.559
3. Mader R., Lavi I. Diabetes mellitus and hypertension as risk factors for early diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH) // *Osteoarthritis and Cartilage*. 2009. Vol. 17, №6. P. 825-828. doi:10.1016/j.joca.2008.12.004
4. Akune T., Ogata N., Seichi A., et al. Insulin Secretory Response Is Positively Associated With the Extent of Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament of the Spine // *Journal of Bone and Joint Surgery – American*. 2001. Vol. 83, №10. P. 1537-1544. doi:10.2106/00004623-200110000-00013
5. Verlaan J.J., Boswijk P.F., de Ru J.A., et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine: an underestimated cause of dysphagia and airway obstruction // *The Spine Journal*. 2011. Vol. 11. P. 1058-1067. doi:10.1016/j.spinee.2011.09.014
6. Castellano D.M., Sinacori J.T., Karakla D.W. Stridor and Dysphagia in Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH) // *Laryngoscope*. 2006. Vol. 116, №2. P. 341-344. doi:10.1097/01.mlg.0000197936.48414.fa
7. Oppenlander M.E., Orringer D.A., La Marca F., et al. Dysphagia due to anterior cervical hyperosteo-phytosis // *Surgical Neurology*. 2009. Vol. 72, №3. P. 266-270. doi:10.1016/j.surneu.2008.08.081
8. Dutta S., Biswas K.D., Mukherjee A., et al. Dysphagia Due to Forestier Disease: Three Cases and Systematic Literature Review // *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2014.

Vol. 66, Suppl. 1. P. 379-384. doi:10.1007/s12070-011-0334-3

References

1. Forestier J, Rotes-Querol J. Senile Ankylosing Hyperostosis of the Spine. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1950;9:321-30. doi:10.1136/ard.9.4.321
2. Resnick D, Niwayama G. Radiographic and pathologic features of spinal involvement in diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Radiology*. 1976;119(3):559-68. doi:10.1148/119.3.559
3. Mader R, Lavi I. Diabetes mellitus and hypertension as risk factors for early diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH). *Osteoarthritis and Cartilage*. 2009;17(6):825-8. doi:10.1016/j.joca.2008.12.004
4. Akune T, Ogata N, Seichi A, et al. Insulin Secretory Response Is Positively Associated With the Extent of Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament of the Spine. *Journal of Bone and Joint Surgery – American*. 2001;83(10):1537-44. doi:10.2106/00004623-200110000-00013
5. Verlaan JJ, Boswijk PF, de Ru JA, et al. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis of the cervical spine: an underestimated cause of dysphagia and airway obstruction. *The Spine Journal*. 2011;11:1058-67. doi:10.1016/j.spinee.2011.09.014
6. Castellano DM, Sinacori JT, Karakla DW. Stridor and Dysphagia in Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis (DISH). *Laryngoscope*. 2006;116(2):341-4. doi:10.1097/01.mlg.0000197936.48414.fa
7. Oppenlander ME, Orringer DA, La Marca F, et al. Dysphagia due to anterior cervical hyperosteo-phytosis. *Surgical Neurology*. 2009;72(3):266-70. doi:10.1016/j.surneu.2008.08.081
8. Dutta S, Biswas KD, Mukherjee A, et al. Dysphagia Due to Forestier Disease: Three Cases and Systematic Literature Review. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2014; 66(Suppl 1):379-84. doi:10.1136/ard.9.4.321

Дополнительная информация [Additional Info]

Источник финансирования. Бюджет ГБУЗ МО Коломенская центральная районная больница. [**Financing of study.** Kolomna Central District Hospital.]

Конфликт интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить в связи с публикацией данной статьи. [**Conflict of interests.** The author declares no actual and potential conflict of interests which should be stated in connection with publication of the article.]

Информация об авторе [Author Info]

Логинов Никита Вадимович – врач нейрохирург отделения нейрохирургии ГБУЗ МО Коломенская центральная районная больница, Коломна, Россия. [**Nikita V. Loginov** – Neurosurgeon of Neurosurgery Department, Kolomna Central District Hospital, Kolomna, Russia.]
ORCID ID: 0000-0003-1336-9459, Researcher ID: U-6229-2018. E-mail: Nikit.log@yandex.ru

Цитировать: Логинов Н.В. Диффузный идиопатический скелетный гиперостоз: сложности диагностики у пациента с дисфагией и диспноэ // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2018. Т. 26, №4. С. 528-532. doi:10.23888/PAVLOVJ2018264528-532

To cite this article: Loginov NV. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis: difficulty of diagnosis in a patient with dysphagia and dyspnea. *I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald.* 2018;26(4):528-32. doi:10.23888/PAVLOVJ2018264528-532

Поступила/Received: 15.01.2018
Принята в печать/Accepted: 12.12.2018