

УДК 616.216.1-002.3-006

О.Г. Плаксивий, О.М. Слободян, І.В. Калуцький, О.О. Мазур

ВДНЗ України “Буковинський державний медичний університет”, м. Чернівці

ВАРІАНТ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ОСТЕОМИ РЕШІТЧАСТОГО ЛАБІРИНТУ ПОЄДНАНО З ХРОНІЧНИМ ПОЛІПОЗНИМ СИНУЇТОМ

Резюме. Остеома – доброякісна пухлина, із кісткової тканини, найчастіше локалізується в лобових пазухах (до 70% випадків), рідше в решітчастому лабіринті (22%), характеризується повільним ростом. В її розвитку виділяють 2 періоди – латентний і явний, в якому розвиваються симптоми, з приводу яких хворий звертається до офтальмолога, невропатолога, отоларинголога. Діагноз встановлюють на підставі клінічної картини і даних рентгенологічного дослідження (остеома на рентгенограмі має вигляд інтенсивного осередка затемнення) та комп’ютерної томографії, які підтверджують правильний діагноз, а також визначають її розміри, топографоанатомічні співвідношення з суміжними ділянками, а також структуру остеом для вирішення питання хірургічного втручання і плану оперативного втручання. Інколи зустрічається поєднання гігантських остеом приносних пазух з хронічним поліпозним синуїтом з вираженою клінічною картиною, що потребує оперативного втручання.

Ключові слова: остеома, пухлина, решітчастий лабіринт.

Остеома є доброякісною пухлиною, що росте із кісткової тканини. Вона є однією з найчастіших доброякісних новоутворень приносних пазух (ПНП).

Частіше остеома локалізується в лобових пазухах (до 70% випадків), рідше – в решітчастому лабіринті (22%) і вкрай рідко – у верхньощелепній, клиноподібній пазухах та в порожнині носа.

Гістологічно остеоми поділяються на губчасті, компактні і змішані [1].

Остеома є відносно рідкісним захворюванням, її утворення відбувається повільно і, як правило, безболісно. Більшість хворих є особи чоловічої статі віком від 11 до 30 років.

Остеома росте впродовж багатьох років як нерухливе, щільне, безболісне утворення. Остеоми виникають в результаті запального процесу чи травми ПНП в анамнезі.

З існуючих теорій утворення остеом ПНП найбільш спроможними є дві: теорія розвитку остеом із залишків ембріонального хряща (Арнольда, 1873), і теорія утворення остеом із зачатків сполучної тканини – майбутнього окістя (періоста) – періостальна теорія А.Г. Фетісова (1931).

Клінічна картина залежить від локалізації остеом і визначається її розміром і напрямком росту. Ринологічна, орбітальна та неврологічна симптоматика великих остеом має прояв у 77-80% хворих. Остеом ПНП невеликих розмірів не викликають ніяких розладів, перебігають безсимптомно і, як правило, їх виявляють випадково за рентгенологічного обстеження.

Остеома характеризується повільним ростом, в її розвитку розрізняють два періоди – латентний і явний. Латентний період триває 1-2 роки, після чого пухлина може тиснути на стінки ПНП і розповсюджуватися в очну ямку, порожнину носа, порожнину черепа [2-7]. За цих умов з'являються симптоми, з приводу яких хворий звертається до офтальмолога, невропатолога, ЛОР-лікаря. Часто до досягнення великих розмірів остеом проходить декілька років (3-4 роки), а деколи – десятки років.

Остеома лобової пазухи і остеома решітчастого лабіринту за проростання в очну ямку викликає орбітальні ускладнення, а при проростанні в порожнину черепа з'являються ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску та інші інтракраніальні симптоми [3,4,5,6,7].

Множинні остеоми належать до казуїстичних випадків. Проте вони можуть бути частиною синдрому Горднера – спадкового захворювання, що має характерну клінічну триаду: поліпоз товстої кишки, пухлини м'яких тканин і множинні остеом різної локалізації, в тому числі приносних пазух.

Найбільш швидкий ріст остеом відзначається в період статевого дозрівання і статевої зрілості; в більш пізніх періодах пухлина росте дуже повільно.

Розрізняють три періоди розвитку остеом: перший (зародковий) збігається з моментом формування ПНП; другий – безсимптомний, триває до повного розвитку приносних пазух. У більшості випадків остеома, хоча повільно, але неухильно росте, і врешті-решт настає третій період – період виражених явищ.

Діагноз встановлюють на підставі клінічної картини і даних рентгенологічного дослідження (остеома на рентгенограмі має вигляд інтенсивного вогнища затемнення) та комп'ютерної томографії, які підтверджують правильний діагноз, а також визначають її розміри, топографоанатомічні співвідношення з суміжними областями, а також структуру остеом для вирішення питання оперативного втручання і плану самої операції.

Деколи остеома є випадковою знахідкою при рентгенологічному обстеженні. Навіть розповсюджені остеом можуть тривалий час існувати безсимптомно і виявляються випадково.

Лікування остеом за наявності клінічних проявів (орбітальних, неврологічних, ринологічних, косметичних) та вираженого головного болю є тільки хірургічним. Підхід залежить від локалізації і розмірів пухлини. Як правило, проводиться лобово-решітчаста трепанація з видаленням пухлини. Інколи виявлені випадково при рентгенологічному обстеженні остеом за динамічного спостереження не мають тенденції до росту і тому не завжди потребують оперативного лікування.

Раз на рік проводиться контрольна рентгенографія лобових пазух чи КТ для порівняння її розмірів. У випадках безсимптомного перебігу і невеликих розмірах остеом доцільним є лише динамічне спостереження.

У літературі описані загалом випадки ізольованих гігантських остеом лобової і

решітчастої пазух, або остеом лобових пазух з проростанням в решітчастий лабіринт та очну ямку і навпаки – остеомі решітчастої пазухи з проростанням в очну ямку та лобову пазуху [2]. Випадків поєднання гігантських остеом приносних пазух з часто рецидивуючим хронічним поліпозним синуситом ми в літературі не зустрічали. Наводимо наше клінічне спостереження поєднання остеомі решітчастого лабіринту з хронічним поліпозним синуситом:

Хворий П. 58 р., поступив до ЛОР-центру ОКЛ на оперативне лікування з двобічним хронічним поліпозним синуситом. Хворіє впродовж 32 років, вісім разів оперований з приводу поліпозного синуситу (поліпоектомії, поліпотомії носа). Під час останнього хірургічного втручання 5 років тому в задньовіршніх відділах правої половини носа було виявлена кісткова тканина, що була розцінена як випадково виявлена неповна кісткова атрезія правої хоани. Ніяких рентгенологічних ознак остеомі тоді не було. Клінічна картина на день поступлення: значне погіршення носового дихання, гіпосмія, головні болі, біль в ділянці кореня носа та диплопія. Риноскопія: носові ходи повністю обтуровані поліпами. Носове дихання справа відсутнє, зліва різко погіршене. Носоглотка чиста. Інші ЛОР-органи без особливостей. На рентгенограмі ПНП – зниження пневматизації верхньощелепних і решітчастих пазух, інтенсивна тінь овальної форми в ділянці правого решітчастого лабіринту. Проведено діагностично-лікувальні пункції верхньощелепних пазух: об'єм – 7-8 см³ з обох боків, промивна рідина чиста. Хворому проведено КТ ПНП: кроком сканування 4,0 мм – відзначається затемнення верхньощелепних, лобових пазух і комірок решітчастого лабіринту; у зовнішній стінці правої носової порожнини визначається об'ємне утворення кісткової щільності з горбистими контурами, розмірами 40x40x30 мм, яке різко звужує носовий хід. Висновок: КТ-картина об'ємного утворення зовнішньої стінки правого носового ходу (остеома; базаліома) та полісинуситу

вірогідно вторинного генезу.

Першим етапом проведено двобічну поліпотомію носа під внутрішньовенним наркозом та місцевою анестезією. Під час операції видалено поліпи, виявлено остеому в порожнині носа, дефект перегородки носа внаслідок проростання остеомі із правої половини носа, здійснено забір матеріалу для гістологічного дослідження.

Наступним етапом через 5 днів під загальним ендотрахеальним наркозом проведено ринотомію за Муром справа. Виявлено велику остеому, що заповнює верхні відділи порожнини носа, решітчастий лабіринт, проростає через дефект перегородки в ліву половину носа, в лобову пазуху і частково – до правої очної ямки. Остеома виділена з усіх боків і видалена єдиним блоком тупим шляхом за допомогою кісткових ложок, елеваторів, долот і гачка з трахеотомічного набору. Операція закінчена типово. Остеома мала розміри 49x35x30 мм і вагу 53 г (рисунк).

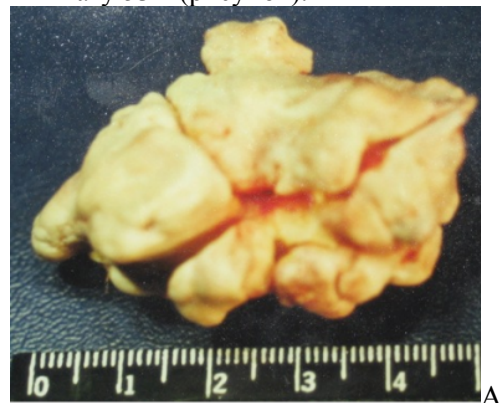


Рисунок. Остеома решітчастого лабіринту

Список використаної літератури

1. Пархомовский М.А. Статистические данные про остеому околоносовых пазух / М.А. Пархомовский // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1979. – № 5. – С. 43-44.
2. Бобров В.М. Два наблюдения обширной остеомы лобной пазухи с прорастанием за ее пределы / В.М. Бобров // Вестн. оториноларинголог. – 1999. – № 5. – С. 56-57.
3. Гігантська остеома лобової пазухи з проростанням в орбіту і решітчастий лабіринт / С.К. Боєнко, З.Т. Клімов, Д.С. Боєнко, Н.А. Данилова // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 6. – С. 63-65.
4. Обширная остеома лобной пазухи с прорастанием за её границы / В.Г. Зингер, Д. Афзаеш, Д.М. Мустафаев, О.О. Копченко // Вестн. оториноларингологи. – 2009. – № 4. – С. 72-74.
5. Кузьменко Е.Я. Гігантська остеома обох лобових пазух, очниці та пазух решітчастого лабіринту / Е.Я. Кузьменко, С.А. Долженко, Д.С. Кузьменко // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. – № 1. – С. 66-67.
6. Санжаровская Н.К. Остеома околоносовых пазух / Н.К. Санжаровская // Рос. ринолог. – 1992. – № 3. – С. 19-219.
7. Алескеров Д.Ш. Остеоми лобових пазух носа / Д.Ш. Алескеров // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. – № 1. – С. 69.

**ВАРИАНТ КЛИНИКИ ОСТЕОМЫ
РЕШЕТЧЕТОГО ЛАБИРИНТА
СОПРОВОЖДАЕМОГО ХРОНИЧЕСКИМ
ПОЛИПОЗНЫМ СИНУИТОМ**

Резюме. Остеома – доброкачественная опухоль, растущая из костной ткани, чаще локализуется в лобных пазухах (до 70% случаев), реже – в решетчатом лабиринте (22%), характеризуется медленным ростом. В ее развитии выделяют 2 периода – латентный и явный, в котором развиваются симптомы, по поводу которых больной обращается к офтальмологу, невропатологу, отоларингологу. Диагноз устанавливают на основании клинической картины и данных рентгенологического исследования (остеома на рентгенограмме имеет вид интенсивного очага затемнения) и компьютерной томографии, при которых подтверждается правильный диагноз, а также определяются её размеры, топографоанатомические соотношения со смежными областями, а также структура остеом для решения вопроса хирургического вмешательства и плана самой операции. Иногда

встречается сочетание гигантских остеом околоносовых пазух с хроническим полипозным синуситом с выраженной клинической картиной, что требует оперативного вмешательства.

Ключевые слова: остеома, опухоль, решетчатый лабиринт.

Abstract. Osteoma – benign tumor that grows bone, often localized in the frontal sinuses (up 70%) less in lattice maze (22%), characterized by slow growth. In its release of two periods – latent and explicit, which develop symptoms about which the patient turns to an ophthalmologist, neurologist, otolaryngologist. Diagnosis is based on clinical presentation and X-ray data (osteoma on the radiograph looks intense cell eclipse) and computed tomography, which is placed at the correct diagnosis and determined its size, topographic anatomical correlation with adjacent regions, as well as structures osteo to address the issue of surgery and plan the operation itself. Sometimes a combination of giant found Osteo sinus chronic sinusitis polypus with severe clinical picture, which required surgery.

Key words: osteoma, tumor, ethmoid labyrinth.

Higher State Educational Establishment of Ukraine
“Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)

Надійшла 11.07.2016 р.