

В. В. Скоробогатый, С. Д. Никитчин, Е. Г. Робейко

Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»
Запоріжжя, Україна

V. V. Skorobogatyy, S. D. Nikitchin, K. G. Robeiko

State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Zaporizhzhia, Ukraine

ОСТЕОМЫ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ: ОДНА ИЗ ПРИЧИН ГОЛОВНОЙ БОЛИ?

Paranasal sinus's osteom: one of reasons for headache?

Резюме

Представлено клиническое наблюдение и хирургическое лечение остеомы, занимающей несколько околоносовых пазух.

Ключевые слова: остеома, околоносовые пазухи, хирургическое лечение.

Abstract

Clinical observation and surgical treatment of osteoma occupying several paranasal sinuses are presented.

Keywords: osteoma, paranasal sinuses, surgical treatment.

ВВЕДЕНИЕ

В полости носа и околоносовых пазухах (ОНП) встречается множество доброкачественных образований, из них наиболее часто – остеомы. Остеома – доброкачественное образование, развивающееся из костной ткани. Чаще встречается у лиц мужского пола, в молодом возрасте [1, 2]. Этиология образования остеом до конца не изучена, но из существующих теорий их развития, большинство авторов, считает, способствуют травмы головы и воспаления слизистых оболочек хронического характера. Довольно часто остеома сама становится причиной возникновения воспаления [2–4].

По морфологической картине, различают три вида остеом: компактную, спонгиозную (губчатую) и смешанную. Компактная остеома состоит из пластинчатой кости с малочисленными узкими гаверсовыми каналами и практически лишена костномозговой ткани. Губчатая остеома построена из произвольно расположенных костных перекладин, между которыми находятся костномозговые пространства. Смешанные остеомы отличаются сочетанием участков компактного и спонгиозного строения.

Симптомы и клинические проявления остеомы определяются ее размером, скоростью роста и направлением, в котором она распространяется. В большинстве случаев, опухоль растет медленно, но неуклонно, заполняя соседние придаточные пазухи и истончая своим давлением окружающие костные ткани, проникает

в направлении задних клеток решетчатого лабиринта, передней черепной ямки и орбиты.

Сравнительно рано проявляются опухоли, локализующиеся в области естественных соустьев ОНП. В этом случае, несмотря на небольшой размер новообразования, клинические проявления могут быть ярко выражены за счет нарушения оттока из пазухи, и, нередко, ведут к тяжелым состояниям, угрожающим жизни пациента.

По мнению ряда авторов, развитие остеом околоносовых пазух имеет два периода: латентный и явный. Первый длится 1–2 годы, затем опухоль может выходить за пределы пазухи [6]. Остеома не обладает инфильтративным ростом, но может вызывать деструкцию стенок околоносовых пазух и приводить к деформации лицевого скелета [5–7]. Основными субъективными признаками являются медленно нарастающее затруднение носового дыхания, обычно с одной стороны, на этой же стороне – гипосмия, слизисто-гнойные выделения, нередко невралгия тройничного нерва, гемикрания (иногда неврологическая симптоматика полностью отсутствует), офтальмия, офтальмоплегия [1, 8]. Возможны и эпилептиформные припадки.

Диагностика остеом не вызывает затруднений и проводится на основании клинической картины и рентгенологического исследования. Так, по данным КТ, МРТ или рентгеновского снимка, обнаруживается интенсивной плотности образование, округлой или овальной формы, с ровными и четкими контурами, на широком основании (табулярная остеома) или на ножке.

Реже определяется новообразование повторяющей форму пазухи. Деструктивные изменения и нарушение коркового слоя стенки пазухи всегда отсутствуют. Не редко остеомы являются случайной рентгенологической находкой. Большое значение имеет дифференциальная диагностика от других доброкачественных и злокачественных опухолей ОНП [8, 9].

Лечение остеом только хирургическое, в отношении которого, однако существует несколько мнений. Первое, это если остеома обнаружена случайно и не имеет клинических проявлений, пациент остается под наблюдением врача. Вторая точка зрения состоит в том, что больные даже с такими остеомами должны быть оперированы в плановом порядке, поскольку остеомы могут малигнизироваться. Рецидивы остеом возникают редко, в основном при неполном удалении опухоли или сохранении площадки, из которой она выросла.

СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В отделение микрохирургии ЛОР-органов Запорожской областной клинической больницы поступила пациентка 1986 года рождения с жалобами на головные боли, постоянную заложенность носа, слизистое отделяемое из носа, затруднение носового дыхания, больше справа.

В анамнезе жизни панкреатит, эпилепсия (пациентка отмечала приступы каждую неделю).

Из анамнеза заболевания – вышеперечисленные жалобы беспокоят последние 3 года, особенно сильно беспокоили головные боли, боли в проекции правой верхнечелюстной пазухи.

Проходила лечение у невропатолога – без улучшения, а после выполнения КТ головного мозга и ОНП, была направлена на консультацию к оториноларингологу.

При осмотре: наружный нос правильной формы. При передней риноскопии – перегородка носа искривлена в костно-хрящевом отделе, носовые ходы сужены, больше с правой стороны, слизистая оболочка розового цвета, носовые раковины обычной формы, в полости носа скудное слизистое отделяемое. Носовое дыхание затруднено, больше справа. На КТ ОНП определяется образование костной плотности, распространяющееся от верхней стенки правой верхнечелюстной пазухи в клетки решетчатого лабиринта, достигающее передней стенки основной пазухи. Новообразование также проросло в нижнюю стенку правой орбиты (рис. 1).

Больная консультирована офтальмологом, патологий, со стороны правого глаза не обнаружено, противопоказаний к хирургическому лечению нет.

15.11.18 года пациентке под эндотрахеальным наркозом произведена подслизистая резекция перегородки носа и правосторонняя экстраназальная гайморотомия с удалением новообразования.



Рис. 1. Остеома правой верхнечелюстной пазухи, решетчатого лабиринта, основной пазухи

Выполнен разрез слизистой оболочки по переходной складке верхнего свода преддверия рта, от второго резца до второго большого коренного зуба. С помощью распатора смещен кверху слизисто-надкостничный край раны. Обнажена площадка собачьей ямки, вскрыта правая верхнечелюстная пазуха. Слизистая оболочка последней спокойная, отделяемого в пазухе нет, но в области верхней стенки визуально определяется костное новообразование округлой формы.

С помощью долота произведено «вылущивание» новообразования, которое распространялось на

решетчатый лабиринт. Опухоль была удалена со стороны пазухи, при этом, из-за больших размеров остеомы, был дополнительно расширен доступ. В результате образовался костный дефект в области верхней стенки пазухи, размерами 15 × 7 мм, орбитальные мягкие ткани в пазуху не проляблировались. Пазуха промыта антисептиком, естественное соустье – функциональное. Разрез слизистой оболочки в области переходной складки ушит тремя кетгутowymi швами. Передняя тампонада полости носа. Операционный материал отправлен на гистологическое исследование (рис. 2).

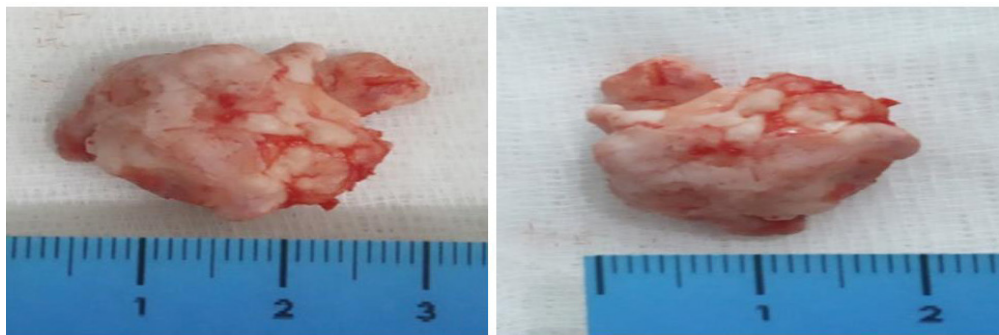


Рис. 2. Удаленная остеома

Тампоны удалены на следующий день. Пациентка получала обезболивающие препараты, антибиотикотерапию, противоотечные препараты. В раннем послеоперационном периоде был отёк мягких тканей правой щеки, параорбитальная гематома. Консультирована офтальмологом, данных за патологию органов зрения не обнаружено.

Больная выписана из отделения на седьмой день в удовлетворительном состоянии, носовое дыхание свободное, реактивный отёк мягких тканей правой щеки разрешился, головные боли не беспокоят.

Гистологическое исследование – остеома придаточных пазух носа.

Особенностью приведенного наблюдения является постепенное нарастание жалоб со стороны ЛОР-органов, где при этом преобладали неврологические проявления. Также нам хотелось еще раз обратить внимание коллег на необходимость выполнения КТ-исследования ОНП в комплексе обследования пациентов, что дает наиболее полные данные о распространении патологического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Babiyak V. I., Govorun M. I. Otorhinolaryngology. Guide. Volume 1. SPb, Piter, 2009, (in Russian).

2. Bobrov V. M. Extensive osteoma of the frontal sinus with germination beyond its limits: two observations. Vestnik otorinolaringologii, 1999, № 5, pp. 56–57.

3. Vakker A. V. Giant osteoma of the ethmoidal labyrinth. Zhurn. ushnykh, nosovykh i gorlovykh bolezney, 1981, № 4, pp. 82–85.

4. Gindes M. E. Surgical diseases of the nose, sinuses and nasopharynx. Moskva, Medgiz, 1949, pp. 314–317, (in Russian).

5. Kozhechko P. Ye., Pronina O. P. Actual issues of scientific and practical otorhinolaryngology. Omsk, 1968, pp. 64–73, (in Russian).

6. Kuzmenko Ye. Ya., Dolzhenko S. A.,

Kuzmenko D. Ye. Giant osteoma of both frontal sinuses, orbit and left sinus of the ethmoid bone. Zhurnal ushnykh, nosovykh i gorlovykh bolezney, 2001, № 1, pp. 66–67.

7. Skopintsev V. A. Giant osteoma of the both frontal sinuses and left ethmoid bone. Zhurnal ushnykh, nosovykh i gorlovykh bolezney, 1990, № 5, pp. 68–69.

8. Skorobogatyy V. V., Shevlyuk P. P., Kashirin V. A. Giant osteoma of the ethmoidal labyrinth, maxillary sinus and nasal cavity. Zhurnal vushnykh, nosovykh i gorlovykh khvorob, 2016, № 1, pp. 76–79.

9. Turik G. G., Bogin Yu. N., Rzayev R. M. Clinical and diagnostic aspects of the orbitosinal area osteoma. Moskva., Meditsina, 1985, (in Russian).

Стаття надійшла до редакції 5.12.2018