

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 ЛОБОВОЇ ПАЗУХИ ПОЄДНАНО З ПИЩЕЛЕ РЕШІТЧАСТОГО ЛАБІРИНТУ

Резюме. Остеома – це доброякісна пухлина, що росте з кісткової тканини, частіше локалізується в лобових пазухах (до 70% випадків), характеризується повільним ростом і в її розвитку виділяють 2 періоди – латентний і явний, в якому і 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, при яких встановлюється правильний діагноз, а також визначаються її розміри, топографоанатомічні співвідношення з суміжними ділянками, а також структури остеом для вирішення питання хірургічного втручання і плану самої операції. Інколи зустрічається поєднання гігантських остеом приносних пазух з мукоцеле решітчастого лабіринту з вираженою клінічною картиною, з орбітальними ускладненнями, які спостерігали у даному клінічному випадку і що потребувало ургентного оперативного втручання.

Ключові слова: остеома, пухлина, решітчастий лабіринт.

Остеома – це доброякісна пухлина, що росте з кісткової тканини. Вона є однією з найчастіших частих доброякісних новоутворень приносних пазух. Частіше остеома локалізується в лобових пазухах (до 70% випадків), рідше – у решітчастому лабіринті (22%), верхньощелепній пазусі (4,1%), клиноподібній (2,7%), у порожнині носа – 1%.

Остеоми приносних пазух розглядаються як доброякісні новоутворення із злоякісним ростом, бо вони можуть викликати деструкцію стінок пазух і призводити до деформації лицевого скелету, зміщення очного яблука і навіть стиснення головного мозку з відповідною клінічною симптоматикою [1-3] (Н.К. Санжаровская, 1992; В.М. Бобров, 1999).

Гістологічно остеоми поділяються на губчасті, компактні і змішані (М.А. Пархомовский, 1979):

- губчасті остеоми (*osteoma spongiosum*) мають чіткі контури, кулясту чи грибоподібну форму, правильну будову, ззовні оточені кортикаль-

ною капсулою;

- компактні (ебурнезовані) остеоми (*osteoma durum s. eburneum*) мають дуже високу щільність;

- змішані остеоми характеризуються поєднанням ділянок компактною і губчастою будови та спостерігаються в більшості випадків.

Остеоми є відносно рідкісним захворюванням, їх утворення відбувається повільно і, як правило, безболісно. Більшість хворих складають особи чоловічої статі віком від 11 до 30 років, хоча остеоми трапляються і у жінок та у людей більш зрілого віку.

З великої кількості теорій утворення остеом приносних пазух найбільш спроможними є 2: теорія розвитку остеом із залишків ембріонального хряща (Арнольда, 1873), і теорія утворення остеом із майбутнього окістя (періоста) – періостальна теорія А.Г. Фетісова (1931).

Остеома характеризується повільним ростом і в її розвитку виділяють 2 періоди – латентний і явний. Латентний період триває 1-2 роки, після чого пухлина може тиснути на стінки пазух і

розповсюджуватися в очну ямку, порожнину носа, порожнину черепа. При цьому з'являються симптоми, з приводу яких хворий звертається до офтальмолога, невропатолога, отоларинголога.

По мірі росту пухлини може з'явитися деформація зовнішньої стінки у вигляді щільного і дещо болісного при пальпації випини при ураженні лобової пазухи, випинання і зміщення очного яблука, екзофтальм, диплопія, зниження зору, птоз, анізокорія. За прогресування остеом розвиваються черепно-мозкові розлади, які можуть спостерігатися при розповсюдженні остеом в порожнину черепа, тобто при так званих "черепних остеомах".

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 дозволяють визначити її розміри, топографо-анатомічні співвідношення з суміжними ділянками, а також структури остеом для вирішення питання щодо хірургічного втручання і плану самої операції.

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

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

У літературі описані в основному випадки ізольованих гігантських остеом лобової і решітчастої пазух, чи остеом лобових пазух з проростанням у решітчастий лабіринт та очну ямку і навпаки – остеомі решітчастої пазухи з проростанням в очну ямку та лобову пазуху (Д.Ш. Алескеров, 1973; В.М. Бобров, 1999). Випадків поєднання гігантських остеом приносних пазух з мукоцеле решітчастого лабіринту з вираженою клінічною картиною ми не зустрічали, тому наводимо клінічний випадок. Хвора Л., 33 роки, поступила до ЛОР-центру обласної клінічної лікарні 26.03.2015 р. із скаргами на біль у ділянці ока, головний біль, високу температуру тіла до 39,4°C, нудоту, загальну слабкість. Дані скарги з'явилися протягом 3 днів після ГРВІ. З анамнезу захворювання відомо, що пацієнтка впродовж 1,5-2 років відчувала періодичну важкість верхньої повіки, відзначалось незначне звуження очної щілини, помірно зміщення очного яблука, двоїння

в очах. У 2013 р. Вона зверталась до Сторожинецької ЦРЛ, де було виставлено діагноз: мукоцеле лівої лобової пазухи, остеома незначних розмірів. Від лікування відмовилась. При поступленні: загальний стан середньої тяжкості, пульс 115 за 1 хв. задовільних властивостей. Температура тіла – 39,4°C, АТ – 105/60 мм рт. ст. З боку внутрішніх органів без особливостей. ФОГК в нормі. Група крові 0(I), резус позитивний, ЗАК: ер. – $3,1 \times 10^{12}$ /л, Нб – 90 мг/л, КП – 1,1, л – $11,8 \times 10^9$ /л, помірно виражений анізоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ – 24 мм/год.

Об'єктивно: почервоніння верхньої і частково нижньої повіки зліва, очна щілина звужена. Виразений екзофтальм, зміщення очного яблука допереду, донизу і назовні. Пальпація і перкусія передньої стінки лобової пазухи є помірно болісною. Пальпація орбітальної стінки – виражений біль, пергаментний хруст і різкий біль у ділянці верхньої повіки, флюктуація. Значне обмеження рухливості очного яблука. У порожнині носа та носовій частині глотки слизова оболонка помірно гіперемована, гною не виявлено. На рентгенограмі приносних пазух у лівій лобовій пазусі наявне утворення високого ступеню інтенсивності з чіткими контурами, яке розповсюджується на клітини решітчастого лабіринту; зниження пневматизації і затемнення меншої інтенсивності ділянки лобової і решітчастої пазух, що не заповнені щільною овальною тінню. Заключення: лівобічний гнійний фронтит; остеома лобової пазухи з проростанням у решітчастий лабіринт. На КТ від 26.03.2015 р. визначається компактна остеома лобової пазухи зліва з проростанням у решітчастий лабіринт і очну ямку, стінки пазухи стоншені, пазуха збільшена в об'ємі, заповнена патологічним вмістом.

Клінічний діагноз: остеома лобової пазухи зліва з проростанням у решітчастий лабіринт і очну ямку, піоцеле лівої лобової пазухи, гнійний періостит очної ямки (субперіостальний абсцес).

27.03.15 під інтубаційним наркозом проведена лівобічна екстраназальна фронтоетmoidотомія з видаленням остеомі. По ходу операції розкрито субперіостальний абсцес. Остеома майже повністю заповнювала лобову пазуху і решітчастий лабіринт. У лобовій пазусі незначний вільний простір був заповнений гноєм із неприємним запахом. Остеому було виділено, мобілізовано від усіх стінок і з деякими технічними труднощами видалено. Мозкова стінка лобової пазухи без дефекту. Дефект міжпазушної перегородки, який було видалено і лобові пазухи з'єднані.

Збито ріделівський масив, післяопераційна порожнина промита, накладено сполучення з порожниною носа, гумовий дренаж, пошарово накладені шви на рану. Операція і післяопераційний період пройшли без ускладнень. Отримувала антибактеріальну, десенсибілізуючу терапію, анальгетики. Виконувались перев'язки і промивання пазухи. Шви знято на 8-й день. Гумовий дренаж видалено на 21-й день. Косметичний дефект помірний. Результат гістологічного до-

слідження № 786-87 від 10.04.2015 р. – компактна остеома. Остеома щільної консистенції розміром 42x17x26 мм та вагою 29 г майже повністю повторювала форму лобової пазухи і проростала у решітчастий лабіринт. Спостереження впродовж 9 місяців – ускладнень немає. Даний клінічний випадок свідчить про можливість поєднання піоцеле лобових пазух з орбітальними ускладненнями та остеомою, що потребує невідкладного хірургічного лікування.

Список використаної літератури

1. Гігантська остеома лобової пазухи з проростанням в орбіту і решітчастий лабіринт / С.К. Боєнко, З.Т. Клімов, Д.С. Боєнко, Н.А. Данилова // *Ж. вушних, носових і горлових хвороб.* – 2006. – № 6. – С. 63-65.
2. Обширная остеома лобной пазухи с прорастанием за её границы / В.Г. Зингер, Д. Афзаеи, Д.М. Мустафаев, О.О. Копченко // *Вестн. оториноларинголог.* – 2009. – № 3. – С. 72-74.
3. Кузьменко Е.Я. Гігантська остеома обох лобових пазух, очниці та пазух решітчастого лабіринту / Е.Я. Кузьменко, С.А. Долженко, Д.Є. Кузьменко // *Ж. вушних, носових і горлових хвороб.* – 2002. – № 1. – С. 66-67.

ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОМЫ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ СОЕДИНЕННЫХ С ПИОЦЕЛЕ РЕШЕТЧАТОЙ ЛАБИРИНТА

Резюме. Остеома – доброкачественная опухоль, растущая из костной ткани, чаще локализуется в лобных пазухах (до 70% случаев), характеризуется медленным ростом и в ее развитии выделяют 2 периода – латентный и явный, в котором и 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 выставляется правильный диагноз, а также определяются ее размеры, топографо-анатомические соотношения со смежными областями, а также структуры остеом для решения вопроса хирургического вмешательства и плана самой операции. Иногда встречается сочетание гигантских остеом околоносовых пазух с мукоцеле решетчатого лабиринта с выраженной клинической картиной, с орбитальными осложнениями, которые наблюдали в данном клиническом случае и что требовало urgentного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: остеома, опухоль, решетчатый лабиринт.

A VARIANT OF CLINICAL MANIFESTATION OF FRONTAL SINUS OSTEOMA COMBINED WITH PYOCELE OF THE ETHMOIDAL LABYRINTH

Abstract. Osteoma is benign tumor that grows from the bone, often localized in the frontal sinuses (up to 70% of cases), characterized by slow growth, and 2 periods are distinguished in its development - latent and evident, in which symptoms develop stipulating the patient to refer to an ophthalmologist, neurologist, otolaryngologist. Diagnosis is made on the base of clinical manifestation and X-ray evidence (osteoma on the radiograph as an intense focus shading) and computed tomography when the correct diagnosis is made, as well as its size, topographic anatomical correlation with adjacent areas, as well as osteoma structures to solve the issue of surgery and plan of the operation. Sometimes there is a combination of giant osteomas of the paranasal sinuses with mucocele of the ethmoid labyrinth with severe clinical manifestation, with orbital complications observed in this clinical case requiring urgent surgery.

Key words: osteoma, tumor, ethmoid labyrinth.

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

Надійшла 17.03.2016 р.

Рецензент – проф. Пенішкєвич Я.І. (Чернівці)