



Балацкая Лидия Николаевна – докт. биол. наук, вед. н. с. отделения опухолей головы и шеи ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН. 634001, Томск, пер. Кооперативный, д. 5; тел.: +7-3822-42-00-53, e-mail: balatskaya@oncology.tomsk.ru

Красавина Елена Александровна – канд. биол. н., логопед отделения опухолей головы и шеи ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН. 634001, Томск, пер. Кооперативный, д. 5; тел.: +7-903-951-78-76, e-mail: KrasavinaEA@mail2000.ru

УДК: 616. 216-006.34.03

КРУПНЫЕ ОСТЕОМЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ

Е. Г. Шахова, В. А. Зайцев, О. Р. Бакумова, С. Е. Козловская, Е. В. Пелих

BIG OSTEOMAS OF MAXILLARIS SINUSES

E. G. Shakhova, V. A. Zaitsev, O. R. Bakumova, S. E. Kozlovskaya, E. V. Pelikh

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Ректор – академик РАМН, проф. В. И. Петров)*

В статье приведены два клинических случая больших остеом верхнечелюстных пазух у женщин. Подробно описаны методы диагностики и лечения остеом. Большая остеома верхнечелюстных пазух у женщин является редкой патологией.

Ключевые слова: остеома верхнечелюстной пазухи.

Библиография: 4 источника.

The article is describe cases of big osteomas of maxillary sinuses in woman. The methods of investigation and treatments are described in detail. The big osteoma of maxillary sinuses is rarely pathology in woman.

Key words: osteoma of maxillary sinus.

Bibliography: 4 sources.

Крупные остеомы верхнечелюстных синусов встречаются очень редко. Остеома развивается в костях лицевого скелета и околоносовых пазухах. Может расти в слизистой оболочке околоносовых пазух вне связи с их костной стенкой. Чаще это новообразование локализуется в лобных пазухах (до 57% случаев), реже – в пазухах решетчатой кости (22%), верхнечелюстной (3,1–4,1%) и клиновидной (1,7–2,7%) пазухах [1–4].

Опухоль развивается медленно, заполняя соседние околоносовые пазухи и истончая своим давлением окружающие костные ткани. Обычно для достижения больших размеров остеоме необходимо несколько лет (3–4 года). Пациент нередко обращается к врачу по поводу косметического дефекта в области пазухи или смещения глазного яблока.

Признаки остеомы верхнечелюстного синуса обнаруживаются лишь при достижении ею определенных размеров. Опухоль деформирует соответствующие поверхности лицевой области, при этом появляется припухлость в области внутреннего угла глаза, выпячивание передней стенки верхнечелюстной пазухи, экзофтальм. В результате давления на внутренние структуры носа и околоносовые пазухи остеома вызывает соответству-

ющие функциональные расстройства: головная боль, невралгия тройничного нерва, гемикрания, офтальмия, офтальмоплегия.

Остеома – остеобластическая опухоль со стро-мой из остеоида, которая отличается от нормальной кости наличием небольших количеств как минерализованных, так и неминерализованных коллагеновых фибрилл. Остеомы представляют собой одиночную опухоль и построены из компактной или губчатой костной ткани либо содержат одновременно слои губчатого и компактного костного вещества.

По гистологической картине остеомы принято делить на губчатые, компактные и смешанные. Губчатые остеомы состоят из костных перекладин, между которыми находятся костномозговые пространства. Компактная остеома состоит из пластинчатой кости с малочисленными узкими гаверсовыми каналами, лишена костномозговой ткани, имеет высокую плотность. Смешанные остеомы отличаются сочетанием участков компактного и спонгиозного строения.

Наиболее известны две теории, объясняющие генез остеом околоносовых пазух. Первая, теория Арнольда (1873), трактует развитие остеомы из остатков эмбрионального хряща, вторая, перио-

стальная теория А. Г. Фетисова (1931), указывает на происхождение остеомы из зародышей соединительной ткани – будущей надкостницы (периоста) [3].

Клиническое течение этого новообразования благоприятное. Его медленный рост в ряде случаев самопроизвольно прекращается. Для остеом характерны периоды биологической активности, в которые происходит быстрое увеличение их объема. Часто эта активность совпадает с пубертатным периодом. Причиной для пролиферативного процесса может послужить травма (32,1%) или воспалительные заболевания околоносовых пазух (44,6%) [3]. Иногда в результате травмы или гнойного процесса в околоносовых пазухах остеома отделяется от ножки, лишается питания и свободно лежит в полости, образуя так называемую мертвую остеому.

Клиническая симптоматика зависит от направления роста и размеров опухоли.

Диагностика остеомы затруднений не вызывает, основана на клинической картине, данных рентгенологического исследования и компьютерной томографии околоносовых пазух [1].

Лечение остеомы хирургическое. Подход зависит от ее расположения и размеров. При случайно выявленных «бессимптомных» остеомах оправдана выжидательная тактика. Показано наблюдение с обязательной рентгенографией 1 раз в 6–12 месяцев. Рецидивы остеом после хирургического вмешательства встречаются крайне редко [1–4].

В связи с редкостью локализации остеомы в верхнечелюстной пазухе приводим собственные наблюдения.

Больная В. Г., 53 года, поступила в ЛОР взрослое отделение Волгоградской областной больницы № 1 (база кафедры оториноларингологии Волгоградского ГМУ) 12.02.2008 г. с жалобами на затрудненное носовое дыхание через левую половину носа, периодические головные боли в области лба и левого виска. Пациентка отмечает двухлетнюю давность заболевания. Она неоднократно лечилась в поликлинике по месту жительства с диагнозом хронический риносинусит, 6 месяцев назад ей была произведена ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин. Эффекта от лечения больная не отметила. При осмотре: носовое дыхание через левую половину носа затруднено. При передней риноскопии определяется смещение нижней и средней носовой раковины в медиальную сторону. В области левого ската наружного носа и передней стенки верхнечелюстной пазухи пальпируется плотное не смещаемое неболезненное образование 3,0x4,0 см.

На КТ околоносовых пазух обнаружено костной плотности образование, расположенное в области левого ската носа и в левой верхнечелюстной пазухе. Новообразование занимало около 1/3

просвета синуса. Гемограмма и анализ мочи в пределах нормы. На ЭКГ выявлена частичная блокада левого пучка Гиса. В предоперационном периоде пациентке проводилась сосудистая, гипотензивная терапия. Под эндотрахеальным наркозом больной выполнена ринотомия с удалением новообразования наружного носа и левой верхнечелюстной пазухи. Остеома занимала часть максиллярной кости, ее лобного отростка и 1/3 объема левой верхнечелюстной пазухи. Размеры опухоли 3,0x4,0x5,0 см. Новообразование удалено фрагментарно. Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи утолщена, соустье функционирует. Выполнена передняя тампонада левой половины носа. На рану наложены швы. В послеоперационном периоде больной проводили лечение антибиотиками цефалоспоринового ряда, этамзилатом. Пациентка выписана из стационара через 7 дней в удовлетворительном состоянии. Через 3 недели у больной стал формироваться келоид в области послеоперационного рубца. Лечение инъекциями лонгидазы и дексаметазона в течение 2 месяцев дало хороший эффект. Результат гистологического исследования: губчатая остеома. Пациентка находилась под диспансерным наблюдением. Контрольный осмотр 15.03.2013 г. патологии не выявил.

Больная А., 15 лет, поступила в ЛОР взрослое отделение Волгоградской областной клинической больницы № 1 с жалобами на постоянные головные боли в области лба в течение 6 месяцев. Соматически здорова. При осмотре выявлена легкая асимметрия лица за счет выбухания передней стенки правой верхнечелюстной пазухи. Ее пальпация не болезненна. ЛОРорганы без патологических изменений. На КТ околоносовых пазух вся правая верхнечелюстная пазуха выполнена костной плотностью образованием, определяется зачаток 8-го зуба в альвеолярном отростке справа (рис.).

06.02.2013 г. под местной анестезией с доступом из преддверия рта произведено удаление опухоли костной плотности (размеры 5,0x6,0x4,0 см), которая занимала весь объем правого верхнечелюстного синуса. В нижних отделах имело место размягчение костной ткани новообразования. Опухоль фрагментарно удалена. Слизистая оболочка правой верхнечелюстной пазухи отсутствовала. Соустье с полостью носа непроходимо. Наложены швы на рану. В послеоперационном периоде больная получала цефтриаксон 1,0 в/м x 1 раз в день 5 дней, этамзилат 2,0 x 1 раз в день в/м 3 дня, диклофенак 1 мл x 1 раз в день в/м 3 дня. В первые сутки после операции определялись выраженный отек правой половины лица и гематома правой щеки. Назначено применение мази траумель С 5 раз в день наружно и таблетки траумель по 1 таблетке 1 раз в день сублингвально 1 день и по 1 таблетке 3 раза в день 6 дней. Через

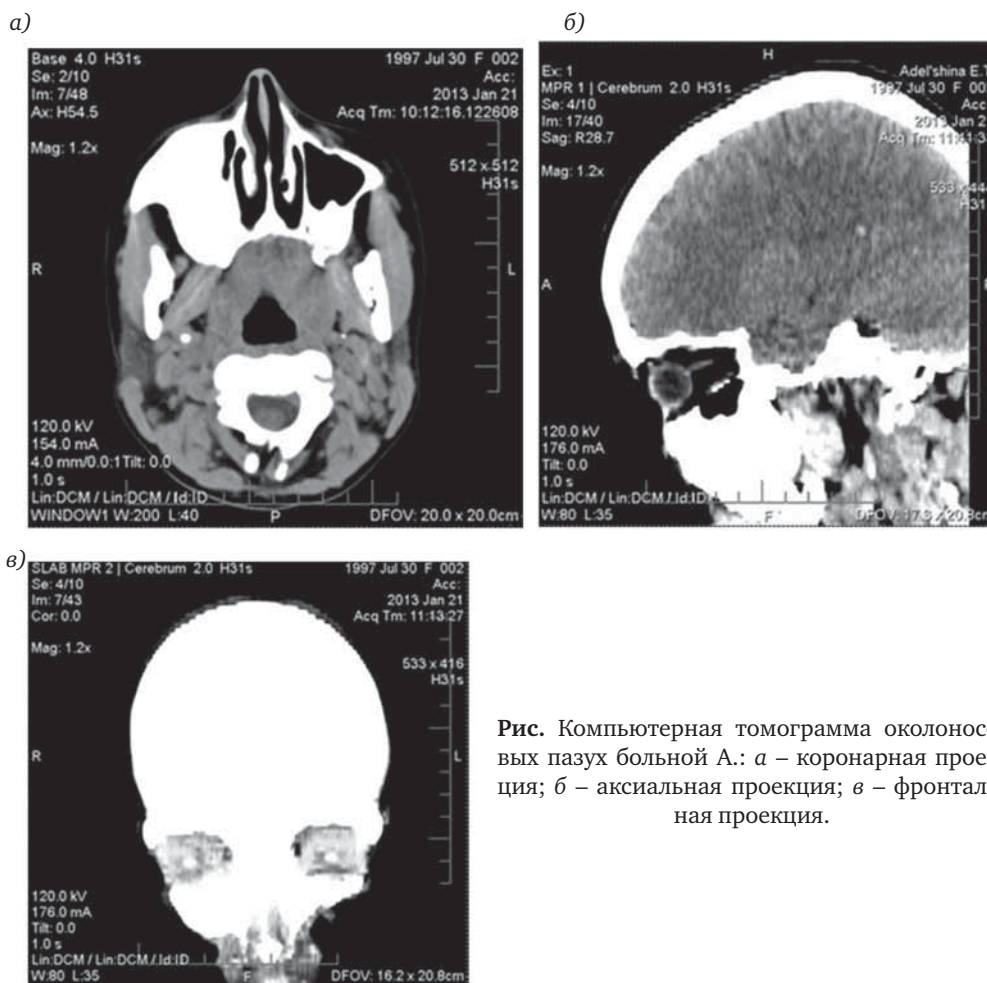


Рис. Компьютерная томограмма околоносовых пазух больной А.: а – коронарная проекция; б – аксиальная проекция; в – фронтальная проекция.

суток после операции отек правой половины лица значительно уменьшился. Пациентка выписана из стационара 11.02.2013 г. в удовлетворительном состоянии, рана под верхней губой справа зажила первичным натяжением. Гистологический ответ: губчатая остеома. Контрольный осмотр через 1 месяц после операции не выявил патологии ЛОР-органов.

Приведенные клинические случаи представляют определенный интерес для врачей-оториноларингологов, так как редко описывают истории болезни женщин с большими остеомами в верхнечелюстных пазухах. В доступной литературе мы не нашли сведений о губчатой остеоме, заполняющей всю верхнечелюстную пазуху в пубертатном периоде у девочки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Использование компьютерной томографии и современной эндоскопии в диагностике и лечении остеом околоносовых пазух / С. К. Боечко [и др.] // Рос. ринология. – 2008. – № 3. – С. 10–14.
2. Каримова Ф. С., Кирасирова Е. А., Хамзалиева Р. Б. Губчатая остеома верхнечелюстной пазухи // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 2. – С. 52–53.
3. Торопова И. А. Остеомы носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика и лечение): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 21 с.
4. Osteoma of the maxillary sinus / P. Rosado [et al.] // Oral Surgery. – 2010. – Vol. 3. – N 4. – P. 152–154.

Шахова Евгения Георгиевна – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-903-375-18-65, e-mail: shahova-lor@yandex.ru

Зайцев Вадим Александрович – ассистент каф. оториноларингологии ВГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-905-063-74-86, e-mail: ent-volgograd@yandex.ru

Бакумова Ольга Румильевна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии ВГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-927-253-39-02, e-mail: orbacumova@yandex.ru

Козловская Светлана Евгеньевна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии ВГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-904-417-79-50, e-mail: cosalor@mail.ru

Пелих Елена Владимировна – ассистент каф. оториноларингологии ВГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-961-068-58-59, e-mail: pelikh-e@yandex.ru