

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОМЫ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

И.А. ТОРОПОВА

Кафедра оториноларингологии РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д. 8.
Медицинский факультет

В настоящей статье отображены особенности клинического течения остеом полости носа и околоносовых пазух, возможные осложнения, ставится вопрос о причинно-следственной связи новообразования с воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, а также о факторах, провоцирующих появление первых симптомов болезни. Описано наблюдение гигантской остеомы с внутричерепным распространением, впервые выявленной при обострении хронического воспалительного процесса.

Ключевые слова: остеома, околоносовые пазухи, полипозный риносинусит.

Остеомы - костные опухоли, которые нередко локализуются в околоносовых пазухах. Они относятся к доброкачественным новообразованиям, растут медленно, но, локализуясь в околоносовых пазухах, могут распространяться в полость черепа и вызывать опасные для жизни осложнения. По данным некоторых авторов остеома занимает второе место по частоте среди доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований носа и околоносовых пазух, уступая только плоскоклеточной папилломе [1]. Она чаще встречается у лиц мужского пола, поражает в основном лобную пазуху. У 50% больных локализуются в области костных швов (Eskel V., Palm D., 1959). По сводной статистике этих авторов, остеомы локализуются в лобных пазухах - у 52%, в решетчатом лабиринте - у 22%, в верхнечелюстных пазухах - у 5,1%, в основной пазухе - у 1,7%, в полости носа - у 0,6% б-х. У 15% б-х исходную локализацию нельзя определить. Описаны случаи множественных остеом [2, 3]. Опухоль растет на ножке или на широком основании.

Существуют две теории возникновения остеом: из остатков эмбрионального хряща или из периоста зрелой кости. По гистологической структуре остеомы бывают компактными, губчатыми и смешанными (В.Ф.Антонив и соавт., 1982, 1994). В ряде случаев возникновения остеом некоторые авторы связывают с перенесенным воспалительным процессом в пазухе или травмой [4]. Нередко она и сама способствует появлению воспаления. У больных с остеомами околоносовых пазух часто отмечают такие сопутствующие заболевания, как полипозный этмоидит и хронический гнойный риносинусит [5]. Остеомы отличаются медленным ростом и преимущественно бессимптомным течением. Но, как отмечает А. Г. Волков - характер роста «разрушительный и неукротимый» [6].

Основным и ранним симптомом остеом околоносовых пазух является головная боль. По мере роста опухоли, в зависимости от его направления, от вовлечения в процесс окружающих опухоль образований, количество симптомов увеличивается. При остеомах решетчатого лабиринта довольно часто основными признаками являются симптомы, связанные с поражением глазницы (смещение глазного яблока, нарушение его подвижности и др.). Проявлением остеомы могут быть и признаки вторичного воспалительного процесса в околоносовых пазухах и глазнице. Как отмечает С. В. Сергеев с соавт. (1996), в процессе роста остеомы в пазухе образуется множество карманов, в которых зачастую развивается вторичный воспалительный процесс [7]. Клинические проявления усиливаются, а зачастую и впервые появляются на фоне обострения различных воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, при простуде, вирусных инфекциях, что связано с отеком слизистой оболочки. А также при сосудистой патологии, заболеваниях, связанных с повышением внутричерепного давления (мигрени, гипертонических кризах) [8].

Имеются сведения о случайном выявлении остеом основной пазухи на рентгенограмме носа и околоносовых пазух, выполненной по поводу острого воспаления верхнечелюстных пазух, после перенесенного ОРВИ и при обострении полипозно-гнойного этмоидита [1]. Несомненно, клиническая картина зависит и от степени распространения и от направления роста остеомы. Нередко остеомы могут прорасти несколько околоносовых пазух, а затем и близлежащие структуры лицевого скелета - орбиту и переднюю череп-

ную ямку. Такое прорастание иногда вызывает повышение внутричерепного давления и может проявляться эпилептиформными припадками. При повреждении твердой мозговой оболочки изменяется внутричерепное давление с последующим формированием пневмоцефалии, которая ведет к серьезным неврологическим нарушениям. Прорастание остеомы в полость черепа проявляется также гидроцефалией с развитием глазничных и неврологических симптомов. [9]. В литературе описаны случаи внутричерепных осложнений остеом, таких как вторичный абсцесс лобной доли и внутричерепное мукоцеле, менингиты, абсцесс орбиты. Часто экстенсивный рост остеом лобных пазух в орбиту и полость черепа проявляется экзофтальмом [6]. Однако даже при больших остеомах головная боль часто отсутствует или бывает не очень сильной.

В качестве примера гигантской остеомы, впервые выявленной при обострении полипозного риносинусита на фоне ОРВИ приводим собственное наблюдение.

Больной П., 45 лет, доставлен в ГКБ 67 г. Москвы бригадой СМП 02. 02. 04г. с диагнозом острого фронтита. Жалобы при поступлении: на резкую боль в области лба справа, повышение температуры тела до 38,0, отек в правой параорбитальной области, снижение зрения на правый глаз, затруднение носового дыхания, скудное гнойное отделяемое из носа. 20 лет назад перенес ЧМТ [автотавария]. В анамнезе – в 1997 и 2001 гг. двусторонняя полипотомиа носа по месту жительства. Наблюдался по поводу хронического полипозного риносинусита. Ухудшение общего состояния 6-й заметил в течение последнего месяца на фоне ОРВИ, когда появилась нарастающая головная боль, повысилась температура тела, за 3 дня до поступления в клинику появилась припухлость в области века справа, снижение зрения на правый глаз. При поступлении в ЛОР-отделение общее состояние пациента удовлетворительное, отмечается отек и инфильтрация в области века справа, умеренный правосторонний экзофтальм, смещение правого глазного яблока кнаружи, движения его в полном объеме. В области передней и нижней стенок правой лобной пазухи пальпируется костное образование, умеренно болезненное, неподвижное, размерами: 2,5х1,5х0,5 см. Кожные покровы не изменены. При передней риноскопии: в обеих половинах полости носа – полипы, обтурирующие общие носовые ходы, некровоточащие; слизистая оболочка отечная, гиперемирована, скудное слизисто-гнойное отделяемое справа. Носовое дыхание затруднено. Анализы крови и мочи в пределах нормы. На рентгенограмме околоносовых пазух в 2-х проекциях – образование в правой лобной пазухе с распространением в клетки решетчатого лабиринта костной плотности и размерами 4,5х7,8х3,7см. Края новообразования четкие, неровные. На рентгенограмме в боковой проекции – внедрение остеомы в переднюю черепную ямку. При осмотре 6-го окулистом застойных явлений в области сосков зрительного нерва не выявлено. Неврологический статус без особенностей. Заключение КТ: новообразование (остеома) правой лобной пазухи, распространяющаяся в переднюю черепную ямку (не затрагивая вещество мозга), орбиту справа, клетки решетчатого лабиринта, полость носа. На основании клиники, данных осмотра, рентгенологического обследования и КТ установлен диагноз: Остеома правой лобной пазухи с распространением в переднюю черепную ямку, орбиту, клетки решетчатого лабиринта и полость носа. Вторичный острый фронтит справа. Обострение хронического двустороннего полипозного гайморитоидита.

Больному проведен курс антибактериальной и десенсибилизирующей терапии, на фоне которой общее состояние улучшилось, температура тела нормализовалась. 10. 02. 04г. под местной анестезией произведена двусторонняя полипотомиа. Заключение гистолога: железистые полипы. После удаления полипов справа в задних отделах полости носа обнаружилось образование костной плотности, покрытое неизменной слизистой оболочкой. Б-му планировалось провести расширенную правостороннюю фронтотомию с удалением остеомы. Учитывая, что во время операции нельзя исключить возможность травмы твердой мозговой оболочки с развитием менингита, больной был консультирован нейрохирургом. В связи с тем, что не было смещения мозговых структур, отсутствовала неврологическая симптоматика, а также, учитывая высокий риск развития тяжелого послеоперационного менингита в случае обширного одномоментного вмешательства, было решено, при невозможности удалить новообразование полностью, оставить фрагменты в месте ее контакта с дном передней черепной ямки. В последующем рекомендовалось наблюдение оториноларинголога и нейрохирурга, КТ через 3 месяца. В случае необходимости (продолжающегося интракраниального роста, появления очаговых симптомов): второй – нейрохирургический этап удаления опухоли с последующей пластикой обширного дефекта. Однако больной от предложенной операции отказался. Был выписан в удовлетворительном состоянии после купирования обострения воспалительного процесса.

Подобный случай описан в литературе, когда долгое время гигантская остеома лобной пазухи и решетчатой кости развивалась бессимптомно, а клинические проявления возникли лишь при разрушении передней стенки пазухи и обострении хронического гнойно-гиперпластического фронтита.

Особенностью приведенного наблюдения является длительное бессимптомное течение гигантской остеомы, которое манифестировало впервые при обострении хронического воспалительного процесса на фоне вирусной инфекции.

Литература

1. Сынебегов С. В. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования носа и околоносовых пазух. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 1998, 18с.
2. Гольдберг Б. Е. К казуистике множественных остеом лобных пазух // Вестн. оторинолар. - 1972. №4. - С. 104 - 106
3. Мишенькин Н. В., Мишенькин В. Е. Ультразвуковая хирургия при множественных остеомах околоносовых пазух // Вестн. оторинолар. - 1990. №1. - С. 74 - 76.
4. Козлова А. В., Калина В. О., Гамбург Ю. Л. Опухоли лор-органов. - М. Медицина. 1979. - 352 с.
5. Нашем Р. Ю. Клиника, диагностика и лечение остеом ЛОР - органов. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 1984, 19с.
6. Волков А. Г. Лобные пазухи. - Ростов - на - Дону. Феникс. - 2000. - 373с.
7. Сергеев С. В., Козлова А. М., Шигина Н. С. Опыт лечения остеом околоносовых пазух // Российская ринология, - 1996. № 2-3. - С. 98
8. Мартынов Ю. С. Неврология. - М. Издательство Российского университета дружбы народов. 1998. - 286с.
9. Харон Н. С., Лифшиц П. С., Цигичко В. В. Глазные и неврологические осложнения и пневмоцефалия при остеомах придаточных пазух носа // Вестн. оторинолар. - 1973. №5. - С. 27

PECULIARITIES OF PERIRHINAL SINUSES AND NASAL CAVITY'S OSTEOMAS CLINICAL COURSE.

I.A. TOROPOVA

Department of otorhinolaryngology RPFU. Moscow. 117198. M-Maklaya st 8.
Medical faculty

This article is about peculiarities of perirhinal sinuses and nasal cavity's osteomas clinical course and possible complications. The question is: is there any relation between neoplasms and inflammation of perirhinal sinuses and factors that provoke appearance of the first symptoms of the disease. Author describes a case of a giant intracranial osteoma that was revealed during exacerbation of chronic inflammatory process.

Key-words: osteoma, perirhinal sinuses, polypous rhinosinusitis.