

УДК 616.216.2-006.34.03:617.52.001.8

*В.В. КИЩУК, І.В. ДМИТРЕНКО, О.Д. БОНДАРЧУК,  
К.А. ЛОБКО, О.С. ЖИЖКІНА*

## **ОСТЕОМА ЛОБНОЇ ПАЗУХИ ГІГАНТСЬКИХ РОЗМІРІВ З ДЕФОРМАЦІЄЮ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТУ**

*Каф. ЛОР-хвороб ВНМУ ім. М.І. Пирогова*

Остеоми навколоносових 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 стискання головного мозку з відповідною клінічною симптоматикою [1, 2, 5, 6, 8].

Існує безліч різних класифікацій остеом. Ми наводимо найбільш поширені з них. Розрізняються остеоми трьох видів:

- тверда (*osteoma durum s. eburneum*), що складається з щільної, як слонова кістка, речовини, розташованої концентричними, паралельними до поверхні пухлини пластинками;

- губчаста (*osteoma spongiosum*), у міжбалкових просторах якої нерідко зустрічаються значні розростання фіброретикулярної тканини, що іноді змушує проводити диференціальний діагноз з фіброзною остеодисплазією;

- мозкоподібна (*osteoma medullosum*), що містить великі порожнини, наповнені кістковим мозком.

Також, за Вірховим, виділяються ще дві групи остеом: одні, які розвиваються з кісткової тканини (гіперпластичні), та інші, які виникають із сполучної тканини різних органів (гетеропластичні).

Морфологічно визначаються: компактні, губчасті (остеоподібні) та змішані остеоми [7, 9].

Особливість остеом в тому, що вони повільно ростуть, тому виділяються два періоди їх розвитку - латентний і явний. Латентний, як правило, триває приблизно 1-2 роки, після чого пухлина досягає таких

розмірів, що починає турбувати хворого і змушує звернутися до лікаря. Ріст остеоми лобної пазухи може супроводжуватись руйнуванням її стінок з поширенням в орбіту, порожнину носа, носову частину глотки, порожнину черепа [2].

Проникнення остеоми в очницю, частіше у її верхньовнутрішній відділ, викликає зміщення очного яблука вперед, вниз і назовні. Оскільки пухлина тисне на вміст орбіти, у хворих розвивається ряд ускладнень з боку нервово-м'язового апарату очного яблука. Частіше уражається м'яз - підіймач верхньої повіки, що викликає птоз, напівптоз, обмеження рухливості очного яблука вгору і назовні, з'являється диплопія. Рідше остеома проростає в порожнину черепа (черепна остеома), що призводить до розвитку неврологічних розладів [4] та змушує пацієнтів звертатися частіше до неврологів або офтальмологів.

У діагностиці остеом лобної пазухи провідне значення має спіральна комп'ютерна томографія (СКТ). Лікування таких хворих – тільки шляхом хірургічного втручання [2]. Видалення остеом, щільність яких у більшості дорівнює щільності слонячої кістки, відбувається тільки після створення можливості підвихування їх з кісткових структур. Підхід до пухлини найчастіше здійснюється через лицеву стінку пазухи. Після видалення остеом великих розмірів утворюються значні косметичні дефекти стінок лобних пазух, що вимагають хірургічної корекції. Дефекти, що виникли в орбітальній, лицевій або мозковій стінках лобних пазух після видалення остеом ведуть не тільки до появи косметичних недо-

ліків, а й до порушення функції ураженої пазухи або групи пазух. В таких випадках виникає завдання відновити конфігурацію і функцію лобної пазухи [3]. Для цього використовуються різні методики та матеріали, починаючи з штучних пластин і закінчуючи аутоотрансплантатом. Особливо гостро це питання стоїть тоді, коли пухлина великих об'ємів і досягає гігантських розмірів. Вивчивши досвід пластичних, реконструктивних втручань на пазухах, ми вирушили, що найбільш ефективним є застосування аутоотрансплантата – аутокістки, яку можна взяти з ребра або гребеня клубової кістки. Але і ця методика має свої недоліки, оскільки супроводжується додатковим, досить травматичним навантаженням для пацієнта, особливо при величезних дефектах лобної пазухи, як у нашому випадку.

У нашому спостереженні у пацієнта мала місце неперифікована, величезних розмірів остеома в лівій лобній пазусі з деструкцією її передньої стінки і грубою деформацією лицевого скелету у вигляді масивного виросту над лівою надбрівною дугою. Хворий Р., 48 років, поступив в ЛОР-відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова 19.08.2013 зі скаргами на головний біль ниючого характеру, який локалізувався в лобній ділянці голови, іррадіюючи в ліве око, на деформацію в області чола у вигляді твердої, болючої при пальпації пухлини, набряклість лівої верхньої повіки. Зі слів хворого, він переніс травму лобної ділянки голови зліва тупим предметом близько 7 років тому назад. Зазначені скарги з'явилися з лютого 2012 р. поступово, з тенденцією до прогресування. Пацієнт за медичною допомогою не звертався. Тільки коли з'явився набряк лівої верхньої повіки, він звернувся до ЛОР-лікаря за місцем проживання, після чого був направлений в нашу клініку.

При поступленні стан хворого задовільний. З боку інших органів і систем відхилень не виявлено. Після клініко-лабораторного обстеження серйозних відхилень у нього від норми не виявлено. При об'єктивному дослідженні зовнішній ніс не деформований, при риноскопії слизова оболонка порожнини носа має блідо-рожевий колір, патологічних виділень не виявлено,

дихання – вільне. В області передньої стінки лівої лобної пазухи спостерігається помітне пухлиноподібне утворення, розміром 6,0 x 8,0 см, помірно болюче при пальпації і перкусії. Визначається набряклість лівої верхньої повіки. Рухи очного яблука - в повному обсягу однак дещо болючі. На оглядовій рентгенограмі від 12.08.2013 в проекції лобної пазухи зліва є інтенсивна тінь з нерівними краями, що виповнює всю її порожнину. Висновок: остеома лівої лобної пазухи (рис. 1). На СКТ-грамах від 13.08.13 визначаються множинні остеоми лівої лобної пазухи, одна з яких досягала величезних розмірів, а також руйнування передньої стінки лобної пазухи з поширенням за її межі (рис. 1, 2).

Хворий обстежений та консультований офтальмологом і неврологом нашої клініки. Висновок окуліста: OD-1,0; OS-1,0, очне дно – без патологічних змін, рухи очних яблук – у повному обсягу з обох сторін, реактивний набряк лівої верхньої повіки. У неврологічному статусі патології не виявлено. Клінічний діагноз: множинні остеоми лівої лобної пазухи з деструкцією її передньої стінки.

Враховуючи прогнозований великий посттрепанацийний дефект передньої стінки лобної пазухи, хворому було рекомендовано облітерацію останньої. Оскільки пазухи у пацієнта достатньо великих розмірів, то було вирішено використати комбінований метод облітерації із застосуванням аутокістки та синтетичного матеріалу.

Після проведення передопераційної підготовки у пацієнта виконана операція під загальним знеболенням (21.08.13): лівобічна фронтотомія з видаленням остеом лівої лобної пазухи і облітерацією пазухи аутоотрансплантатом + біокомпозит «Синтекіст». Під час операції визначено витончення передньої стінки лівої лобної пазухи. Спроба видалити остеому, яка вільно лежала в пазусі і покривалася спереду тонкою кістковою пластинкою, за допомогою підвивихування виявилася невдалою. Довелося розширити операційний отвір до необхідних розмірів, щоб видалення остеом стало можливим. У пазусі виявлено три новоутворення, щільно прилягаючих один до одного, одне з яких досягало гігантських розмірів і виявилася найбільш щільним, що займало

майже всю порожнину пазухи з поширенням у її бухти, інші ж два знаходилися позаду і збоку від першого (рис. 3).

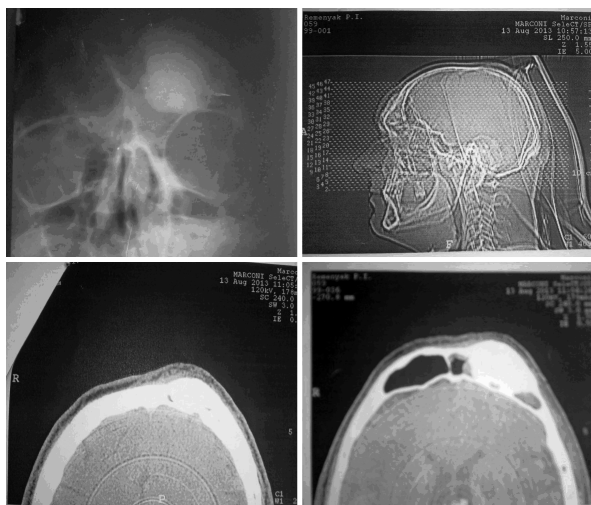


Рис. 1.



Рис. 2.

З невеликим зусиллям за допомогою елеватора остеоми були видалені, їх розміри досягали: 1)  $4,0 \times 4,0 \times 5,5$  см, 2)  $2,5 \times 2,0 \times 1,0$  см, 3)  $2,5 \times 1,0 \times 0,5$  см та мали нерівну поверхню. При ревізії виявлено, що постстрепанацийна порожнина досягала величезних розмірів з дефектом майже всієї передньої стінки гігантської лобної пазухи.

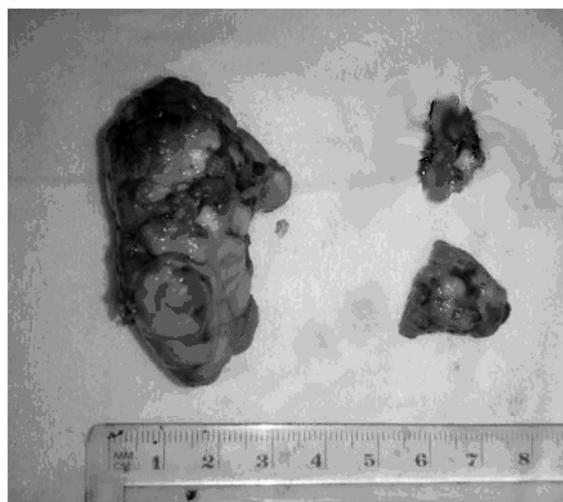
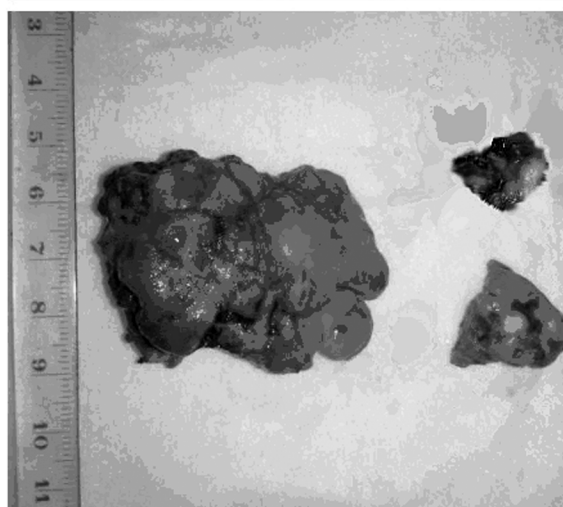


Рис. 3.

Перед нами постало завдання попередити виникнення післяопераційного анатомічного дефекту. З цією метою ми використовували комбінований метод облітерації пазухи із застосуванням аутокістки, взятої з гре-

бенья клубової кістки, і біокомпозиту «Синтекість» виробництва ТОВ «Промтехрезерв» Україна м. Київ. Така методика була необхідна, враховуючи великі розміри післяопераційної порожнини і уникаючи масивної травматизації в місці взяття аутокістки, а також ми взяли до уваги, що біокомпозит досить дорогий і на повну облітерацію пазухи його знадобилося близько 100 г. Шкіра ушита вузловими швами. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Результат гістологічного дослідження: кісткова остеома.

Особливості даного спостереження: виявлено множинні остеоми в лобній пазусі з великим поширенням однієї пухлини гігантських розмірів, руйнування її ростом найщільнішої, передньої стінки лобної пазухи, довгий латентний період, скоріше за все, внаслідок великих розмірів самих навколоносових пазух у хворого, а також мо-

жливість використання комбінованого методу облітерації пазухи із збереженням косметичного ефекту.

### **Висновки**

Для облітерації великої посттравматичної порожнини необхідна значна кількість біокомпозиту «Синтекість», що не дало б змоги досягти достатнього контакту імпланту із здоровою кісткою, а отже, і забезпечити необхідний результат. В місці забору аутоплантату необхідно було б провести травматичну і об'ємну операцію, що могло значно подовжити строк перебування хворого у стаціонарі. Використання комбінованого методу із застосуванням біокомпозиту «Синтекість» та аутокістки для облітерації лобних пазух дає можливість досягти кращого лікувального і косметичного ефекту.

### **Література:**

1. Бобров В.М. Два наблюдения обширной остеомы лобной пазухи с прорастанием за её границы // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – № 5. – С. 56-57.
2. Боєнко С.К., Клімов З.Т., Боєнко Д.С., Данилова Н.А. Гігантська остеома лобної пазухи з проростанням в орбіту і решітчастий лабіринт // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 6. – С. 63-65.
3. Дарвіш М.С., Затока П.А., Картель А.А. Остеопластична фронтотомія при компактній остеомі великих розмірів, розташованій в лобній пазусі // Оториноларингологія. Східна Європа. – 2012. – № 1 (6). – С. 101-106.
4. Захарова Н.А. Хирургическая реабилитация лобных пазух после удаления остеом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 2005. – 21 с.
5. Зингер В.Г., Афзаеш Д., Мустафаев Д.М., Копченко О.О. Обширная остеома лобной пазухи с прорастанием за её границы // Вестн. оториноларингологии. – 2009. – С. 72-74.
6. Кузьменко Е.Я., Долженко С.А., Кузьменко Д.Є. Гігантська остеома обох лобних пазух, очниці та пазух решітчастого лабіринту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. – № 1. – С. 66-67.
7. Пархомовский М.А. Статистические данные про остеому околоносовых пазух // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1979. – № 5. – С. 43-44.
8. Санжаровская Н.К. Остеома околоносовых пазух // Рос. ринология. – 1992. – № 3. – С. 19-219.
9. Смирнов Н.М. Остеома лобных пазух и пазух решетчатой кости интракраниальным распространением, осложненная риногенным менингитом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – № 6. – С. 69-70.

### **References:**

1. Bobrov VM. Two observations extensive frontal sinus osteoma of germination abroad. Vestn. otorinolaringologii. 1999;(5):56-7. Russian.
2. Boyenko SK, Klimov ZT, Boyenko DS, Danilova NA. Giant osteoma of the frontal sinus with intergrowth in orbit and ethmoid bone. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2006;(6):63-5. Russian.
3. Darvish MS, Zatoka PA, Kartel AA. Osteoplastic frontotomia compact osteoma at large, located in the frontal sinus. Otorhinolaryngology. Eastern Europe. 2012;6(1):101-6. Russian.

4. Zakharova NA. Surgical rehabilitation frontal sinuses after removing spines [dissertation]. Rostov-on-Don: RSMU; 2005. Russian.
5. Zenger VG, Afzaesh D, Mustafayev DM, Kopchenko OO. Large osteoma in the frontal sinus spreading over the surrounding tissues. Vestn. otorinolaringologii. 2009;(1):72-4. Russian.
6. Kuzmenko EJ, Dolzhenko SA, Kuzmenko DE. Giant osteoma of both frontal sinuses, orbit and ethmoid bone. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2002;(1):66-7. Russian.
7. Parhomovsky MA. Statistical data of sinuses osteoma. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1979;(5):43-4. Russian.
8. Sanzharovskiy NK. Osteoma of sinuses. Russian rhinology. 1992;(3):19-21. Russian.
9. Smirnov NM. Osteoma of the frontal sinuses and ethmoid bone with intracranial spread complicated by secondary meningitis. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1982;(6):69-70. Russian.

Надійшла до редакції 05.03.15.

© В.В. Кіщук, І.В. Дмитренко, О.Д. Бондарчук, К.А. Лобко, О.С. Жижкіна, 2015