

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ЭКЗОСТОЗОВ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Д. Фернандо^{1,2}, кандидат медицинских наук,

В. Шпотин^{1,2}, доктор медицинских наук,

А. Бахтин³, кандидат медицинских наук,

В. Сайдулаев², кандидат медицинских наук,

В. Мамич⁴

¹Астраханский государственный медицинский университет

²Астраханский филиал Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России

³Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Москва

⁴Патологоанатомическое бюро, Астрахань

E-mail: sultan070487@mail.ru

Экзостоз представляет собой костный вырост неопухолевой природы, обычно расположенный на поверхности здоровой кости. Приводится наблюдение редкого клинического случая множественных рецидивирующих экзостозов верхнечелюстной пазухи на фоне хронического гнойно-продуктивного гемисинусита.

Ключевые слова: хирургия, экзостоз, компьютерная томография, верхнечелюстная пазуха.

Экзостозами (*exostosis*, греч. *exo* – вне, снаружи, *osteon* – кость) называют выросты нормальной компактной и губчатой кости. Терминологические неточности и отсутствие единого международного определения приводят к тому, что в ряде источников экзостоз считается синонимом понятий «остеома» и «остеофит», в других – стадией одного из этих заболеваний. Суммируя доступную литературу, мы исходили из того, что экзостоз представляет собой костный вырост неопухолевой природы, небольшого размера, имеющий варибельную, чаще – округлую, овоидную или грибовидную форму, расположенный на поверхности здоровой кости.

В отличие от экзостоза остеома является доброкачественной костной опухолью, а остеофит – костным наслоением в результате воспалительных или травматических изменений периоста с дальнейшим окостенением данной зоны. Сложность в проведении однозначной границы между этими понятиями заключается и в том, что гистологически указанные образования имеют одну общую черту – все они представлены высокодифференцированной костной тканью, а этиологический фактор не всегда удается установить [1, 2].

Экзостозы могут формироваться в самых разнообразных областях организма, но реже всего – в верхнечелюстной пазухе (ВЧП) [3]. Данные о распространенности такой патологии и первых описанных случаях несколько разнятся. Так, в зарубежной оториноларингологической литературе множественные экзостозы ВЧП впервые были описаны J. Ramakrishnan и соавт. (2001) [4]. Первое исследование об экзостозах верхнечелюстного синуса в челюстно-лицевой хирургии представили T. Ohba и соавт. (1993). Исходя из данных панорамных рентге-

нограмм, они сообщили, что распространенность данной патологии среди населения составляет 0,9% [5]. В публикациях последних лет, основанных на данных более чувствительной конусно-лучевой компьютерной томографии (КТ), указывается цифра до 4,8% [3].

Не менее разнообразны сведения о возможных этиологических факторах экзостозов ВЧП. Отметим, что большинство доступных исследований посвящены экзостозам верхней челюсти в целом («щечные» и «альвеолярные» экзостозы, *torus palatinus* — нёбный валик и т.д.). Этиология данных состояний мультифакториальна (генетическая предрасположенность, эмбриональный дисгенез, гормональные изменения в период постменопаузы, факторы окружающей среды, нарушение механизма жевания и окклюзионный стресс, воспаление, системные заболевания) [6–9].

Сведений об этиологии экзостозов, расположенных именно в полости гайморовой пазухи, значительно меньше. Ряд авторов рассматривают экзостозы ВЧП как анатомическую вариацию наряду с внутриспазушными перегородками, гипогенезиями [10]. Существует мнение, что немалое значение для формирования экзостозов параназальных синусов имеют длительное использование холодных назальных спреев для орошения полости носа и пазух после эндоскопических оперативных вмешательств (водные ирригационные растворы, топические кортикостероиды), а также частое купание и ныряние в холодной воде [11–13]. Поводом для выявления идиопатических, бессимптомных экзостозов гайморовой пазухи в стоматологической практике являются предоперационные диагностические лучевые исследования перед имплантацией зубных протезов [14, 15]. В ЛОР-практике экзостозы пазух выявляются в связи с параллельно протекающими воспалительными процессами, сопровождающимися характерной для синуситов клинической симптоматикой [4].

В изученной нами отечественной литературе за последние 20 лет мы не встретили случаев описания экзостозов ВЧП. Приводим редкий клинический случай множественных рецидивирующих экзостозов ВЧП на фоне хронического гнойно-продуктивного гемисинусита.

Больная Р., 20 лет, поступила в оториноларингологическое отделение Александрo-Мариинской областной клинической больницы Астрахани с жалобами на периодические боли и чувство тяжести в проекции левой подглазничной и надбровной областях, выделения из левой половины носа, субфебрилитет, слабость, нарушение носового дыхания. В анамнезе — частые простуды; патологии зубного ряда не выявлено; ротовая полость санирована.

На КТ при поступлении (помимо признаков хронического левостороннего гнойно-продуктивного гемисинусита) в просвете левой гайморовой пазухи визуализировано 3 костных образования оvoidной формы и разной величины (рис. 1).

Пациентке выполнена операция на левой лобной пазухе и ВЧП с видеоассистированием. Операционные находки в ВЧП: 3 костных фрагмента оvoidной формы, диаметром от 1,0 до 0,3 см, с гладкой блестящей поверхностью, не связанных с костной стенкой, в конгломерате рубцовой ткани (рис. 2). В лобной пазухе — гипертрофированная слизистая и оболочка кисты.

Первичное гистологическое заключение — остеома ВЧП. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Спустя 4 мес пациентка обратилась вновь с признаками рецидива гнойного верхнечелюстного синусита оперированной пазухи. При КТ-исследовании на фоне обострения воспалительного процесса выявлены 2 вновь

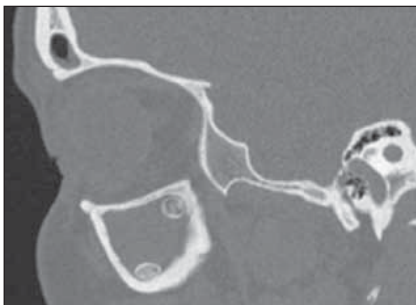


Рис. 1. КТ придаточных пазух носа в сагитальной и аксиальной проекциях; множественные костные образования в левой ВЧП на фоне гнойно-продуктивного синусита; заключение рентгенолога: остеома левой ВЧП



Рис. 2. Операционные находки в ВЧП

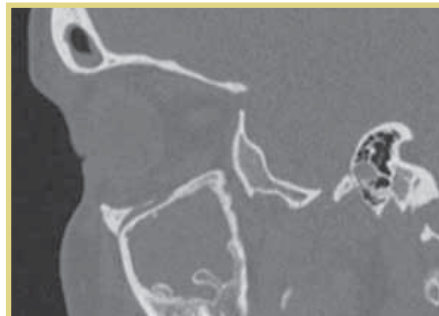


Рис. 3. КТ придаточных пазух носа в сагитальной проекции через 4 мес после гайморотомии (визуализированы вновь образовавшиеся костные образования в ВЧП)

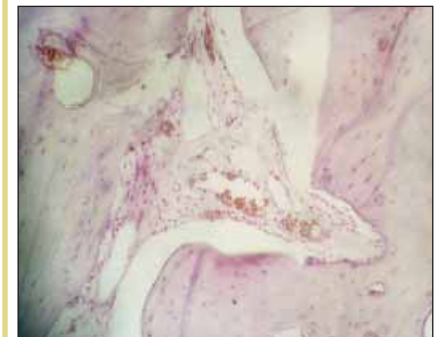


Рис. 4. Гистологический препарат: костный экзостоз с участками кроветворения

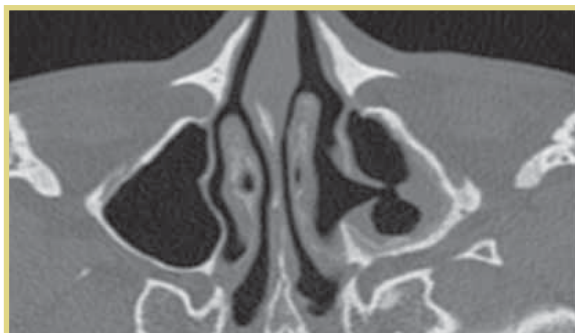


Рис. 5. КТ придаточных пазух носа в аксиальной проекции; контрольное КТ-исследование через 6 мес после операции (послеоперационное соустье сформировано, рецидивы экзостозов не выявлены, имеется умеренно выраженное пристеночное фибрирование)

образовавшихся костных образования на тонкой костной ножке, локализующиеся на нижней стенке (рис. 3).

Выполнена эндоскопическая ревизия пазухи с расширением послеоперационного соустья и удалением вновь образованных фрагментов костной структуры. При интраоперационном осмотре стенок пазухи в местах прикрепления новообразований признаков кариозно-деструктивных изменений не обнаружено.

Результат гистологического исследования — ossifikasi ВЧП.

С учетом нехарактерного течения заболевания и расхожих гистологических сведений дополнительно выполнено расширенное лабораторное биохимическое обследование для исключения дистрофических изменений костной ткани и злокачественных новообразований. Исследованы маркеры остеопороза (остеокальцин, С-концевые телопептиды коллагена I-го типа — *Beta-Cross Laps*, маркер формирования костного матрикса *PINP*) и онкомаркер (раково-эмбриональный антиген); все показатели — в пределах референтного интервала.

Патогистологический материал (костные образования, изъятые при обеих операциях) направлен для пересмотра в Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России (Москва). Окончательное заключение: хронический воспалительный процесс с гиперплазированной слизистой оболочкой; препарат округлого костного образования представлен переплетением зрелых костных балочек неправильной формы; межбалочное пространство частично занято жировой клетчаткой и частично — клетками красного костного мозга — костный экзостоз с участками кроветворения (рис. 4).

Осмотр через 6 мес после оперативного лечения: жалоб со стороны ЛОР-органов нет, объективный статус — без патологии. При видеондоскопическом и КТ-исследовании подтверждена проходимость послеоперационного соустья левой ВЧП, воспалительный процесс не рецидивировал, появления новых экзостозов не установлено (рис. 5).

Таким образом, несмотря на множественное поражение ВЧП экзостозами и рецидивирующее течение заболевания, не выявлено каких-либо патологических биохимических изменений в периферической крови, как и не обнаружено маркеров остеопороза и визуальных эндоскопических при-

знаков деструкции костных стенок ВЧП. Последнее свидетельствует о том, что формирование экзостозов, скорее всего, не являлось результатом дистрофических изменений кости, а воспалительный процесс слизистой оболочки пазухи протекал как фоновое заболевание. Кроме того, последовательное выполнение КТ позволило наблюдать ранее не описанный момент формирования и «отшнуровывания» новых экзостозов от подлежащей кости. Ввиду редкости и малоизученности экзостозы придаточных пазух подлежат дальнейшему изучению.

Литература

1. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. / Л.: Медицина, 1982; с. 264.
2. Перич Б. Остеомы носа и околоносовых пазух (обзор литературы) // Рос. ринол. — 2016; 2: 50–4.
3. Alkurt M. The prevalence of antral exostoses in the maxillary sinuses, evaluated by cone-beam computed tomography // J. Dental Sci. — 2016; 3 (11): 225–30.
4. Ramakrishnan J., Pirron J., Perepletchikov A. et al. Exostoses of the paranasal sinuses // Laryngoscope. — 2010; 120: 2532–4.
5. Ohba T., Langlias R., Langland O. Antral exostosis in panoramic radiographs // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. — 1993; 76: 530–3.
6. Belsky J., Hamer J., Hubert J. et al. Torus palatinus: a new anatomical correlation with bone density in postmenopausal women // J. Clin. Endoc. Metabol. — 2003; 88: 2081–6.
7. Jaikittivong A., Langlais R. Buccal and palatal exostoses: prevalence and concurrence with tori // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. — 2000; 90: 48–5.
8. Morrison M., Tamimi F. Oral tori are associated with local mechanical and systemic factors: a case-control study // J. Oral Maxillofac. Surg. — 2013; 71: 14–22.
9. Pechenkina E., Benfer R. Jr. The role of occlusal stress and gingival infection in the formation of exostoses on mandible and maxilla from Neolithic China // Homo — J. of Comparative Human Biology. — 2002; 53: 112–30.
10. Lana J., Carneiro P., Machado V. et al. Anatomic variations and lesions of the maxillary sinus detected in cone beam computed tomography for dental implants // Clin. Oral Implants Res. — 2012; 23: 1398–403.
11. Adelson R., Kennedy D. Paranasal sinus exostoses: possible correlation with cold temperature nasal irrigation after endoscopic sinus surgery // Laryngoscope. — 2013; 123: 24–7.
12. Haffey T., Woodard T., Sindwani R. Paranasal sinus exostoses: an unusual complication of topical drug delivery using cold nasal irrigations // Laryngoscope. — 2012; 122: 1893–7.
13. Schwartz K., Eckel L., Black D. et al. Irrigation nose: CT findings of paranasal sinus exostoses // Open Neuroimag. J. — 2012; 6: 90–1.
14. Яременко А.И. Особенности планирования и выполнения операций дентальной имплантации в сложных клинических случаях // Журнал «X-RAY ART». — 2014; 4: 52–7.
15. White S., Pharoah M. Oral Radiology: Principles and Interpretation / St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier, 2014; p. 367.

A RARE CLINICAL CASE OF MULTIPLE RECURRENT EXOSTOSES IN THE MAXILLARY SINUS

D. Fernando^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; **V. Shpotin**^{1,2}, MD; **A. Bakhtin**³, Candidate of Medical Sciences; **V. Saidulayev**⁴, Candidate of Medical Sciences; **V. Mamich**⁴

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan

²Astrakhan Branch, Otorhinolaryngology Research and Clinical Center, Federal Biomedical Agency of Russia, Astrakhan

³Otorhinolaryngology Research and Clinical Center, Federal Biomedical Agency of Russia, Moscow

⁴Postmortem Examination Bureau, Astrakhan

Exostosis is a nontumor bony outgrowth that is usually located on the surface of the intact bone. The paper describes a rare clinical case of multiple recurrent exostoses in maxillary sinus in the presence of chronic purulent and productive hemisinusitis.

Key words: exostosis, computed tomography, maxillary sinus.