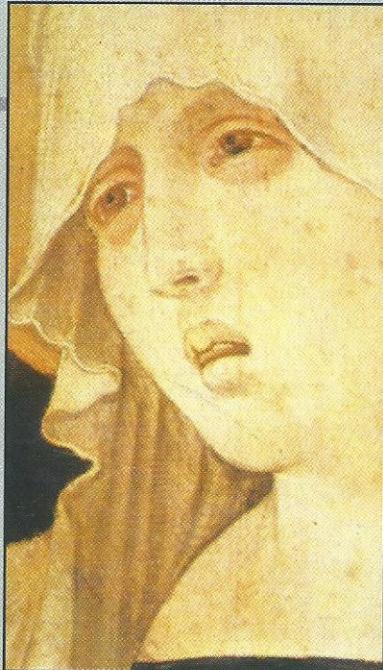


ISSN 0042-4668

# ВЕСТНИК ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

V E S T N I K  
OTORINOLARINGOLOGII

2 • 2004



Научно-практический журнал



МедиаСфера

# Фиброзная дисплазия основания черепа

Р.М. РЗАЕВ

## Fibrous dysplasia of the base of the skull

R.M. RZAEV

Отделение оториноларингологии — хирургии головы и шеи (зав. — канд. мед. наук Р.М. Рзаев) Азербайджанской центральной железнодорожной больницы, Баку

Фиброзная дисплазия — это заболевание костей, в основе которой лежит опухолеподобный процесс, связанный с неправильным развитием остеогенной мезенхимы [2]. При этом идет процесс замещения костной ткани фиброзной, в результате которого возникает деформация костей. Причины развития данной патологии недостаточно ясны. В зависимости от распространения очага поражения различают монооссальную (когда в процесс вовлекается одна кость) и полиоссальную (когда поражаются несколько костей) формы фиброзной дисплазии.

В доступной литературе нам не удалось найти сведений о фиброзной дисплазии основания черепа, в связи с чем считаем целесообразным привести собственное наблюдение больной с полиоссальной фиброзной дисплазией основания черепа, у которой для удаления очага поражения нами была произведена операция по собственной методике [1].

*Больная Н.*, 35 лет, поступила в отделение 14.03.91 с жалобами на постоянную головную боль, выпячивание левого глазного яблока и двоение в глазах. Заболевание началось в начале 1989 г., когда больная заметила выпячивание левого глазного яблока. В дальнейшем к этому присоединились головная боль и двоение в глазах. При обращении к врачу пациентке был поставлен диагноз: глаукома и назначено симптоматическое лечение, которое не привело к улучшению состояния. С помощью КТ было обнаружено новообразование основания черепа. Больная была направлена в наше отделение для решения вопроса о возможности проведения хирургического вмешательства.

При поступлении состояние пациентки удовлетворительное, отмечается левосторонний экзофтальм. Со стороны внутренних и ЛОР-органов патологических изменений не обнаружено. Показатели анализов крови и мочи без патологических изменений.

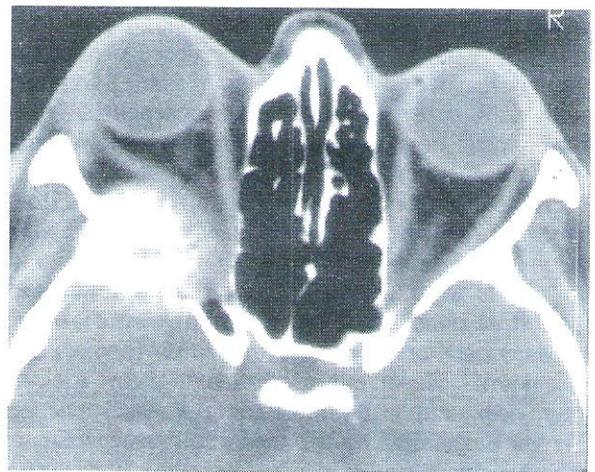
Заключение окулиста: левосторонний экзофтальм, начальные явления застоя соска зрительного нерва. Зрение удовлетворительное ( $Vis. OD = 1,0; OS = 0,9$ ). Подвижность глазных яблок не ограничена.

На компьютерных томограммах прослеживается компактное уплотнение, характерное для диспластической болезни костей, локализирующееся преимущественно в теле клиновидной кости слева (рис. 1, а). Обозреваются очаги «вздутия» клиновидной кости, за счет чего ее тело приобретает округлую форму. Очаг поражения захватывает верхнюю, переднюю и боковую

поверхности большого, а также нижнюю поверхность малого крыла клиновидной кости. За счет деформации задних отделов верхней и наружной стенок левой глазницы верхнеглазничная щель сужена. Отмечается компрессия зрительного нерва и смещение левого глазного яблока кпереди (рис. 1, б).



а



б

Рис. 1. Компьютерные томограммы больной Н. с фиброзной дисплазией основания черепа (до операции).

На теле клиновидной кости слева отмечается компактное уплотнение, характерное для диспластической болезни костей (а), очаг поражения также захватывает верхнюю, переднюю, боковую поверхности большого крыла и нижнюю поверхность малого крыла клиновидной кости (а, б), глазное яблоко смещено кпереди за счет деформации задних отделов верхней и наружной стенки левой глазницы (б).

25.04.91 произведена операция — удаление очага фиброзной дисплазии основания черепа подходом через подвисочную ямку слева. Под эндотрахеальным наркозом произведен дугообразный разрез кожи, начиная от переднего края левой височной области и заканчивая на уровне мочки ушной раковины. После рассечения подкожно-жирового слоя произведена отсепаровка и смещение кожного лоскута до обнажения височно-околоушной области. Далее скуловая дуга с обеих сторон рассечена наискось, после чего произведена отсепаровка височной мышцы от кости (в дальнейшем мышца используется для облитерации послеоперационной полости). После смещения вниз мобилизованной височной мышцы и отсеченной скуловой дуги (вместе с прикрепленной жевательной мышцей) произведено рассечение связок височно-нижнечелюстного сустава. Затем при помощи ранорасширителя Госсе, введенного в операционную рану (один крючок расширителя вводится в суставную ямку), произведено смещение вниз головки нижней челюсти. Это позволило расширить операционную рану, отделить мягкие ткани от основания черепа и обнажить подвисочную ямку. Выделенная при этом средняя артерия твердой мозговой оболочки коагулирована и рассечена около остистого отверстия. Начиная от боковой поверхности большого крыла клиновидной кости, под контролем операционного микроскопа при помощи бора и электроотсоса удалены подвисочный гребешок и скуловой край височной поверхности большого крыла одноименной кости. Кости резецированы до обнажения поверхности твердой мозговой оболочки височной доли головного мозга. На этом этапе операции была достигнута подвисочная ямка, на верхней стенке которой (на уровне тела клиновидной кости) располагался беловато-серого цвета очаг патологической ткани. Видимая часть патологической ткани доходила до переднего отдела дна височной ямки (до боковой поверхности большого крыла клиновидной кости). Используя бор и хирургические ложки (под контролем операционного микроскопа) очаги патологической ткани были удалены вместе с пораженными участками основания черепа и костей лицевого скелета. При этом установлено, что верхняя, передняя и боковая поверхности большого крыла, а также нижняя поверхность малого крыла клиновидной кости были вовлечены в патологический процесс. После осуществления гемостаза произведена облитерация послеоперационной полости височной мышцей, которая также заполнила дефекты, возникшие после операции на основании черепа, задних отделах верхней и наружной стенки глазницы. Затем головка нижней челюсти возвращена в суставную ямку, а скуловая дуга зафиксирована проволокой на прежнем месте. На завершающем этапе операции произведено дренирование операционной раны и наложены швы на кожу.

При патогистологическом исследовании в препарате обнаружена волокнистая соединительная ткань, замещающая костный мозг. В отдельных ее участках определяются малообызвестленные костные балки, образующие губчатую кость разной зрелости. Местами волокнистая ткань состоит из хаотично расположенных пучков зрелых коллагено-

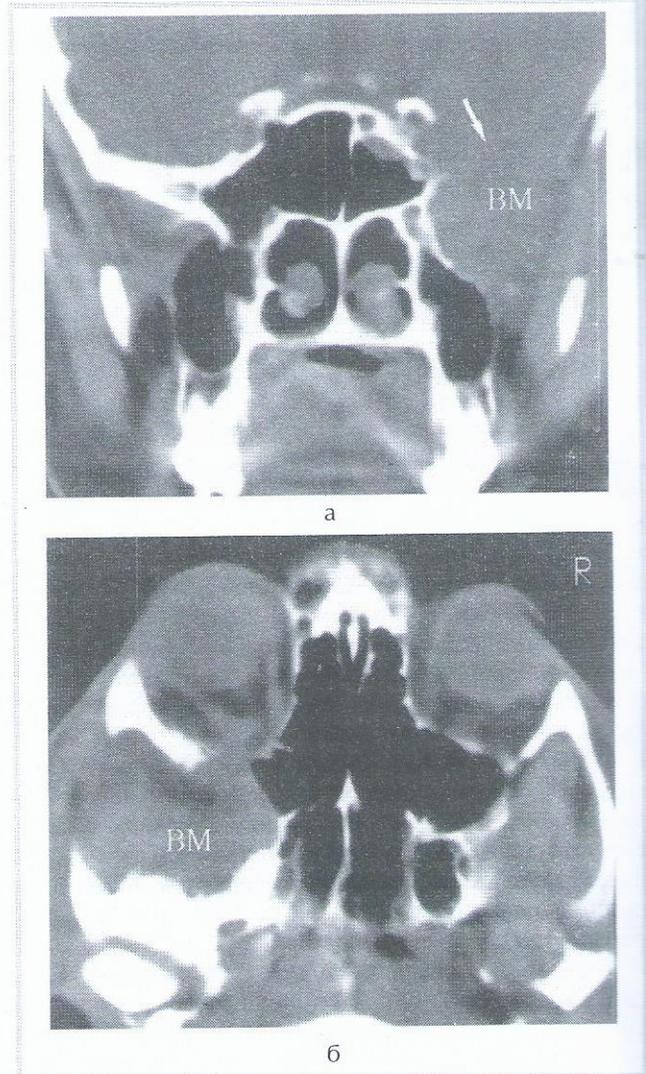


Рис. 2. Компьютерные томограммы больной Н. после радикального удаления фиброзной дисплазии основания черепа.

Клиновидная кость слева резецирована на участке очага поражения (а), твердая мозговая оболочка интактна на протяжении резецированного участка клиновидной кости (стрелка); височная мышца (BM) obtурирует послеоперационную полость и заполняет дефекты, возникшие после операции на основании черепа, задних отделах верхней и наружной стенки глазницы (а, б).



Рис. 3. Фотография больной Н. после радикального удаления фиброзной дисплазии основания черепа.

Отмечается незначительная деформация и малозаметный рубец в височной области слева, скрываемый под волосами.

ных волокон и веретенообразных клеток. Заключение: фиброзная дисплазия.

Больная выписана из стационара в хорошем состоянии на 31-й день после операции. Исчезли экзофтальм и диплопия. При осмотре через 6 и 12 мес после операции пациентка жалоб не предъявляла. На компьютерных томограммах признаков рецидива заболевания не обнаружено (рис. 2). Единственным изъяном у больной, бросающимся в глаза после операции, была незначительная деформация (в виде впадины) и малозаметный рубец в височной области, скрывающийся под волосами (рис. 3).

Таким образом, приведенное наблюдение свидетельствует о возможности развития полиоссальной фиброзной дисплазии на основании черепа, распознавание которой затруднено. Хирургическое вмешательство является оптимальным методом лечения больных с данной патологией. Радикализм вмешательства может быть достигнут путем операции (по автору) с применением подхода через подвисочную ямку. КТ позволяет идентифицировать патологическую ткань при данной патологии, определить границы распространения очага поражения и судить об эффективности проведенного лечения.

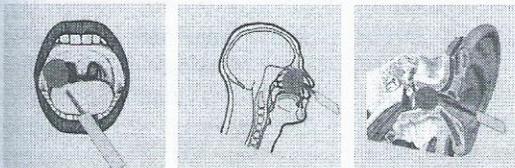
## ЛИТЕРАТУРА

1. Рзаев Р.М. Способ удаления опухоли основания черепа. Патент 980024 от 09.11.92 г. Официальный бюллетень патентно-лицензионного комитета по науке и технике Азербайджанской республики. Баку 1998; 37-38.
2. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия: Учебник. Изд. 3-е, перераб. и доп. М: Медицина 1993; 688.

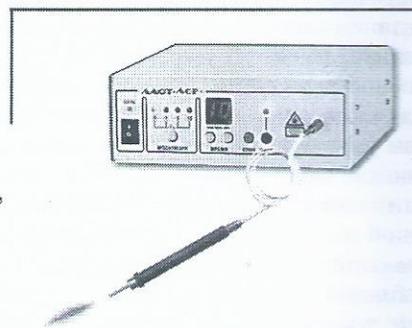
Поступила 06.08.02

### Аппарат для лазеротерапии в оториноларингологии

### ЛАСТ - ЛОР



- Предназначен для воздействия лазерным излучением красной области спектра непосредственно на пораженные ткани горла, уха, носа с целью лечения:
  - тонзиллитов, фарингитов, ринитов, отитов.
- Возможна дополнительная комплектация:
  - световодом для внутривенного облучения крови;
  - световодом с боковым свечением на длине 100 - 150 мм. для облучения трубчатых органов (прямая кишка, уретра, влагалище)
- Возможна работа аппарата в комбинации с аппаратом "АТОС" для магнитотерапии бегущим магнитным полем



Источник излучения	Длина волны, мкм	Интенсивность излучения, мВт	Частота модуляции, Гц	Диаметр световода, мм	Масса, кг	Габаритные размеры, мм
Диод лазерный, полупроводниковый	0,65	3,5 - 7,0	0; 1; 5; 10	1,0	1,5	225 x 200 x 80

- Аппарат не требует заземления, специальных мер защиты от излучения.
- Аппарат имеет регистрационное удостоверение, сертификат и реализуется производителем

#### Разработчик и изготовитель

410033, г.Саратов, ул.Панфилова, 1, ООО "ТРИМА" (Лицензия МЗ РФ 64/2003-0097-0153 от 4.03.03г.)  
Тел/факс (8452) - 34-00-11, 45-02-15 trima@overta.ru